

Eveliina Heikkinen

Henkilökunnan kokemuksia ammatillisesta osaamisestaan
psykiatrian toimialueella sijaitsevassa Tehostetun
avohoidon yksikössä

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto
2013

Henkilökunnan kokemus ammatillisesta osaamisestaan psykiatrian toimialueella sijaitsevassa Tehostetun avohoidon yksikössä

Heikkonen, Eveliina Henrietta
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Syyskuu 2013
Ohjaaja: Mikkonen-Ojala, Tiina
Sivumäärä: 49
Liitteitä: 3

Asiasanat: ammatillinen osaaminen, psykiatrian avohoito, Tehostetun avohoidon yksikkö, mielenterveyden häiriöt

Suomen sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena on vähentää psykiatrisia sairaalapaikkoja ja kehittää avohoitoa. Harjavallan sairaalan Tehostetun avohoidon yksikkö on 2011 perustettu yksikkö, joka mahdollistaa intensiivisen psykiatrisen avohoidon.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Tehostetun avohoidon yksikön työntekijöiden ammatillista osaamista ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että henkilöstön ammatillinen osaaminen yksikössä vahvistuu ja henkilökunta osaa vastata paremmin potilaiden tarpeisiin.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselyyn osallistuivat kaikki Tehostetun avohoidon yksikön työntekijät.

Kyselyaineiston mukaan sairaanhoitajat arvioivat oman osaamisensa pääasiassa hyväksi. Toisaalta vastaajat halusivat myös lisäkoulutusta. Kehitysideoina nousivat esille mm. selkeämmät hoitosuunnitelmat potilaille. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää organisaatiossa osaamisen ja osaamisen varmistamiseen liittyvässä kehittämisessä sekä täydennyskoulutustarpeen arvioinnissa.

Staffs experience of their professional competence in psychiatric domain situated TAY

Heikkonen, Eveliina Henrietta
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in nursing
September 2013
Supervisor: Mikkonen-Ojala, Tiina
Number of pages: 49
Appendices: 3

Keywords: professional competence, psychiatric non-institutional care, TAY, mental disorders

Finland's Ministry of Social Affairs and Health's goal is to decrease psychiatric ward places and improve non-institutional care. Hospital of Harjavalta's unit TAY was founded 2011 and it allows intensive psychiatric non-institutional care.

The purpose of this thesis was to evaluate TAY's employees' professional competence in nursing, and to discover if there is a need for further education. The aim of this thesis was to strengthen the unit's employees' professional competence, enabling them to respond better to the needs of the unit's patients.

The material of this thesis was collected with the help of a structured survey. All the employees of TAY participated in the survey.

According to the material of this thesis, the nurses estimated their professional competence to be good. On the other hand they also wanted further education. Development ideas were i.e. better treatment plan for patients. The results of this thesis can benefit and develop the professional competence of employees, and evaluate the need for further education in the organization.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN.....	7
2.1	Ammatillinen osaaminen hoitotyössä.....	7
2.2	Psykiatrisen sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen.....	8
2.3	Aikaisemmat tutkimukset ammatillisesta osaamisesta.....	11
3	PSYKIATRINEN AVOHOITO.....	12
4	PSYKOLOGISET HOITOMENETELMÄT.....	13
4.1	Psykoedukaatio ja yleinen oireenhallinta.....	13
4.2	Interpersoonallinen terapia eli IPT.....	13
4.3	Kognitiivinen psykoterapia.....	14
4.4	Perhekeskeinen hoito.....	15
5	TEHOSTETUN AVOHOIDON YKSIKKÖ ELI TAY.....	16
5.1	Toiminta Tehostetun avohoidon yksikössä.....	16
5.2	Toiminnan peruseriaatteet TAY:ssa.....	17
5.3	TAY:n potilaskohtaiset tavoitteet.....	17
5.4	Sairaanhoitajan päivittäinen toiminta TAY:ssa.....	18
6	POTILASRYHMÄT TEHOSTETUN AVOHOIDON YKSIKÖSSÄ.....	19
6.1	Mielialaoireet.....	19
6.1.1	Kaksisuuntainen mielialahäiriö.....	20
6.1.2	Masennus eli depressio.....	21
6.2	Skitsofreniatyyppiset häiriöt.....	22
6.3	Ahdistuneisuus-, pelko-, paniikki-, pakko-oireinen, trauma- ja sopeutumishäiriöt.....	24
6.3.1	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö.....	24
6.3.2	Paniikkihäiriö.....	25
6.3.3	Pelot.....	25
6.4	Päihdediagnoosit.....	26
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET.....	27
8	AINEISTONKERUUMENETELMÄ.....	27
9	KYSELYLOMAKKEEN LAADINTA JA AINEISTON KERUU.....	29
10	AINEISTON KUVAUS JA ANALYSOINTI.....	30
10.1	Ammatillinen osaaminen.....	32
10.2	Koulutustarve.....	35
10.3	Hoitotyön kehittäminen.....	39
11	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	43
12	POHDINTA.....	45

LÄHTEET	49
---------------	----

LIITTEET

Liite 1 Sairaanhoidajan ammatillisen osaamisen muodostuminen

Liite 2 Kysely

Liite 3 Tutkimuslupahakemus

1 JOHDANTO

Suomen Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2009 julkaissut Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jonka yhtenä tavoitteena on kehittää avohoitoa ja vähentää psykiatrisia sairaalapaikkoja 35 % vuoteen 2015 mennessä. (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009)

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri on aloittanut Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan (Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009) liittyen ”Psykiatrian tulevaisuus – hankkeeseen”, jonka tarkoituksena on alueen psykiatrisen erikoissairaanhoidon kehittäminen ja uudelleen järjestäminen. Tavoitteena on siirtyä laitoskeskeisestä toimintamallista avohoitokeskeisempään ja siirtää vapautuvia resursseja erityisesti vakavampien häiriöiden hoidon parantamiseen. (Lehtinen, Kuronen & Alanen 2010, 2)

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan, miten Harjavallan sairaalassa toimivan Tehostetun avohoidon yksikön henkilökunta kokee ammatillisen osaamisensa tämän hetkessä työssään. Tehostetun avohoidon yksikkö on perustettu toukokuussa 2011. Opinnäytetyön aihe on hyvin ajankohtainen, koska varsinaista faktaa yksikön tekevästä työstä ei ole.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää Tehostetun avohoidon yksikön henkilöstön ammatillista osaamista ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta. Opinnäytetyön tavoitteena on, että henkilöstön ammatillinen osaaminen yksikössä vahvistuu ja henkilökunta osaa vastata paremmin potilaiden tarpeisiin.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa esitellään aluksi psykiatrista avohoitoa ja tarkastellaan Tehostetun avohoidon yksikköä. Sen jälkeen kerrotaan psykiatrisen sairaanhoitajan ammatillisesta osaamisesta ja sairaanhoitajan päivittäisistä tehtävistä Tehostetun avohoidon yksikössä. Teoriaosassa käsitellään myös millaisia potilaita Tehostetussa avohoidon yksikössä käy, mitä heidän diagnooseillaan tarkoitetaan ja miten heitä hoidetaan sekä mitä ovat TAY:n potilaskohtaiset tavoitteet.

2 PSYKIATRISEN SAIRAANHOITAJAN AMMATILLINEN OSAAMINEN

2.1 Ammatillinen osaaminen hoitotyössä

Sairaanhoitajalta edellytetään työssään moniulotteista osaamista. Sairaanhoitaja kehittää ja toteuttaa hoitotyötä, joka on samanaikaisesti terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää ja parantavaa sekä kuntouttavaa. Sairaanhoitaja toimii itsenäisesti hoitaessaan potilaita ja toteuttaessaan potilaan kokonaisuhoitoa lääkärin ohjeiden mukaisesti. (Sairaanhoitajaliiton www-sivut 2012)

Hoitotyön osaaminen edellyttää sairaanhoitajalta hoitotieteen, lääketieteen ja farmakologian, muiden terveystieteiden sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden tuottaman tutkimustietoon perustuvan tiedon hallintaa niin, että hän pystyy soveltamaan kyseistä tietoa käytännön tilanteisiin. Sairaanhoitajana toimiessa tarvitaan myös vahvaa eettistä ja ammatillista päätöksentekotaitoa. (Sairaanhoitajaliiton www-sivut 2012)

Knaapi, Korkea-aho ja Saarilehto (2012) kertovat opinnäytetyössään sairaanhoitajan koulutukseen kuuluvan valmius ammatilliseen osaamiseen. He määrittelivät siihen kuuluvan kymmenen kohtaa jotka löytyvät selitettyinä liitteestä 1. Kohtia ovat eettinen toiminta, terveyden edistäminen, hoitotyön päätöksenteko, ohjaus- ja opetus, yhteistyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen, monikulttuurinen hoitotyö, yhteiskunnallinen toiminta, kliininen hoitotyö sekä lääkehoito. (Knaapi, Korkea-aho, Saarilehto 2012; Opetusministeriö 2006)

Hyvän pohjan ammatillisuudelle ja erityisesti vuorovaikutustaidoille saa koulutuksen kautta, mutta varsinaiset taidot kehittyvät koulutuksen aikana suoritettavissa harjoitteluissa ja itse työelämässä koulutuksen jälkeen. Ammatilliseen osaamiseen sisältyvät mm. eettinen osaaminen, itsensä jatkuva kehittäminen, asiakastyöosaaminen, viestintä- ja vuorovaikutustaidot, palvelujärjestelmäosaaminen, lainsäädännön tunteminen, reflektiivisen ja kehittävän toiminnan osaaminen, organisaatio- ja yhteiskuntaosaaminen, analyysitaito ja yhteiskunnallinen vaikuttaminen. (Mäkinen, Raatikainen, Rahikka & Saarnio 2009, 18–19, Linnainmaa 2006, 30–31)

Osaaminen syntyy taidoista, asenteista, tiedoista, kontakteista ja kokemuksista. Se näkyy konkreettisena toimintana, jolloin hoitotyöntekijä kykenee toimimaan tehokkaasti, suoriutumaan tehtävistään ja itseohjautuvaan itsensä kehittämiseen. (Sydämaänlakka 2004, 150)

Hoitotyön ammatillinen osaamisen perusta on monitieteinen. Sairaanhoidajalta vaaditaan kykyä soveltaa tutkittua tietoa toiminnassaan ja perustella ratkaisujaan tutkitun tiedon avulla. Tällöin hän kykenee hallitsemaan hoitotyön sisällön. (Suikkala, Miettinen, Holopainen, Montin & Laaksonen 2004, 14)

Hoitotyön osaaminen ja sairaanhoidajan pätevyys ovat tehtävä-, tilanne- ja kontekstisidonnaisia. Potilaiden tai asiakkaiden tarpeet ja ongelmat sekä työmenetelmät ja toimintaympäristö muuttuvat. Niinpä tärkeimpiä osaamisen kannalta ovat valmiudet yhteistyöhön, tiimityöskentelyyn, ajatteluun ja päätöksentekoon sekä potilaan tai asiakkaan kohtaamiseen. (Suikkala ym. 2004, 15)

Sairaanhoidajan ammatillista toimintaa ohjaavat voimassaoleva lainsäädäntö sekä Suomen terveystalittiset linjaukset. Laki terveydenhuollon ammatihenkilöistä, asetus terveydenhuollon ammatihenkilöstä sekä sairaanhoidajan eettiset ohjeet ohjaavat sairaanhoidajan työtä sekä velvoittavat sairaanhoidajia ylläpitämään ammatitaitoa. (L559/1994 & A564/1994)

2.2 Psykiatrisen sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen

Viimeisten parinkymmenen vuoden aikana psykiatristen häiriöiden hoito on muuttunut. Painopiste on siirtynyt laitoshoidosta avohoitoon. Avohoito ei kuitenkaan ole laajentunut tarpeen mukaisesti eikä sairastavuus ole oleellisesti vähentynyt. Psykiatrisessa hoidossa työn kuormittavuutta lisää se, että mielenterveyshäiriöistä kärsivät ovat enenevästi moniongelmaisia. (Porras 2008)

Sairaanhoitajat tekevät hoitotyötä ja se on osa potilaan kokonaishoitoa. Psykiatrisessa hoitotyössä potilaita ja perheitä autetaan erilaisilla terapeuttisilla menetelmillä, kuten yksilö-, perhe- tai verkosto-, ryhmä- ja yhteisömenetelmillä. Lähtökohtana on potilaan yksilöllinen elämäntilanne hoitotyössä. Psykiatrisessa hoitotyössä hoitotyöntekijä tarvitsee muiden tieteiden alueilla tuotettua tietoa. Sairaanhoitaja ei saa kuitenkaan kadottaa hoitotyön asiantuntijuuttaan. (Linnainmaa 2006).

Psykiatrisen sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu olennaisesti tieto siitä, mistä psykiatrinen hoitoprosessi koostuu. Psykiatrinen hoitoprosessi koostuu hoitosuhteen olennaisten elementtien tunnistamisesta, sopivista ongelmanratkaisu- ja ajattelutavoista, teoreettisesta viitekehyksestä, joka ohjaa käytettyjä interventioita sekä taidosta käyttää minäänsä terapeuttisesti. (Linnainmaa 2006, 30–31)

Tärkeä tekijä psykiatrisessa hoitotyössä on potilas-hoitaja suhde, joka on luonteeltaan terapeuttinen ja perustuu empatiaan, lämpöön ja aitouteen. Hyvän sairaanhoitajan tulisi kyetä tunnistamaan työssään nämä hoitosuhteessa ilmenevät tekijät. Kyky käyttää itseään aidosti tukee sekä potilaan että sairaanhoitajan kasvuprosessia. Sairaanhoitajan tavoitteena on aikaansaada potilaassa mahdollisimman suuri kasvu hänen resurssiensa mukaan. Psykiatrisen hoitotyön omaleimaisuus on juuri persoonallisen vaikuttamisen mahdollisuudessa. (Linnainmaa 2006, 30–31)

Jotta potilas-hoitaja suhde syntyy, tarvitaan yhteistyötä asiakkaan ja sairaanhoitajan välillä. Sairaanhoitajalla onkin suuri valta vaikuttaa tämän yhteistyösuhteen kehittymiseen, sillä hän voi toimia eräänlaisena esimerkkinä asiakkaalle. Suhteen toimivuuteen vaikuttavat mm. osapuolten persoonallisuus, kokemukset, asenteet, koulustausta ja kasvatus. Erityinen ammatillinen vastuu onkin työntekijällä, joka tiedostaa nämä vaikuttavat osatekijät. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2009, 81–82)

Psykiatrisen sairaanhoitajan työ on kansainvälisesti tunnistettu hoitotyön erityisalue sekä koulutuksen että käytännön näkökulmasta. Psykiatria kehittyy koko ajan ja sairaanhoitajat ovat saaneetkin ammatillisia lisävalmiuksia erilaisista terapiakoulutuksista. Psykoterapeuttinen lähtökohta potilaan hoitoon on noussut vahvana esille. Sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu psykodynaaminen näkemys potilaan hoidosta ja sairaanhoitajilla on ensisijainen vastuu auttaa potilasta kehityksessään

eteenpäin hoitotyön palveluilla. Sairaanhoidajan tulee muotoilla ja tuottaa itsenäisesti hoitotyön interventioita. Psykiatrisen sairaanhoidajan toiminta perustuu ensisijaisesti vuorovaikutukseen potilaan kanssa, joka tapahtuu pääasiassa keskustelun avulla. (Linnainmaa 2006, 30–31)

Sairaanhoidajan tehtävänä on ratkaista terveysongelmia, antaa tukensa parantavalle prosessille ja helpottaa kärsimystä. Hänen tulisi ymmärtää asiakkaan elämäntilannetta, joka muokkaa hänen aikaisempia ja nykyisiä kokemuksiaan. Eettiset arvot ovat keskeisellä sijalla psykiatrisen sairaanhoidajan työssä. Joskus hoitoon voi liittyä myös vastoin potilaan tahtoa tapahtuvaa hoitoa. (Linnainmaa 2006, 30–31)

Psykiatrisessa hoitotyössä sairaanhoidajalta edellytetään herkkyyttä, hyvää ammatillista osaamista sekä itsensä ja omien voimavarojensa tuntemista. Tällöin sairaanhoidaja voi tukea potilasta hoidollisen prosessin aikana. Hyvällä ammatillisella osaamisella tarkoitetaan sairaanhoidajan kykyä tukea potilasta kohtaamaan sairautensa ja sen aiheuttamat rajoitukset, analysoida niitä yhdessä potilaan kanssa sekä ohjata potilasta löytämään realistisia voimavaroja sairauden kanssa selviytymiseen. Edellytyksenä tälle on hoidollinen yhteistyösuhde. (Linnainmaa 2006, 30–31)

Olennaisinta psykiatrisen hoitotyön tekemisessä on oman työkuvasa hallitseminen ja oman toimintansa oikeanlainen suuntaaminen. Ammatillinen osaaminen ohjaa työntekijää työssään asiakkaan elämän paranemisen edistämiseksi. Ammatillista osaamista tulisi kehittää koko ajan ja se kehittyy myös itsestään. (Linnainmaa 2006, 30–31).

Sairaanhoidajan ammatillisuuteen vaikuttavat paljonkin henkilön henkilökohtaiset ominaisuudet. Näihin kuuluvat omat luonteenpiirteet, taidot, arvot ja asenteet. Mielenterveysalalla työskentely ei ole kaikkia varten. Koulutuksen aikana tapahtuvat harjoittelut antavat hyvän käsityksen, onko sopiva kyseiseen työhön.

2.3 Aikaisemmat tutkimukset ammatillisesta osaamisesta

Mirva Kuusimäki esittää opinnäytetyössään, että työntekijän on kyettävä rakastamaan itseään, jotta hän pystyy auttamaan muita. Tämä mahdollistaa empatian, joka on välttämätöntä varsinkin mielenterveystyössä. Kuusimäki tuo työssään laajalti esille, miten ammatillinen osaaminen edistää potilastyötä. (Kuusimäki 2011)

Elina Oksanen (2012) on tehnyt opinnäytetyönään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen sairaanhoitajan ammatillisesta osaamisesta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, millaista ammatillista osaamista sairaanhoitaja tarvitsee ja millaiseksi suomalaiset sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen osaamisensa Meretojan (2003) kehittämällä ammattipätevyysmittarilla (Nurse Competence Scale) arvioituna. Katsaukseen valikoitui 11 tutkimusta, jotka oli tehty aikavälillä 2005 – 2011. Opetusministeriön (2006) laatima sairaanhoitajan ammatillisen asiantuntijuuden osaamisaluekuvaus on edelleen ajankohtainen opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan. Sairanhoitajat tarvitsevat laaja-alaista ammatillista osaamista ja heidän on kehitettävä aktiivisesti ammatillista osaamistaan. Tutkimuksessa tuli uutena osaamisalueena esille motivaatio sekä muutoksen ja stressin hallinta. Sairanhoitajalta vaadittavassa osaamisessa korostuvat erityisesti kliininen hoitotyö, yhteistyö, eettinen osaaminen, sekä lääkehoito osaaminen. (Meretoja 2003; Oksanen 2012)

Sirpa Tuomi käsittelee väitöskirjassaan varsinaisesti lasten hoitotyötä, mutta sen tulokset ovat yleisesti hoitotyöhön sovellettavissa. Tuomen väitöskirjassa esitetty malli sairaanhoitajan ammatillisesta osaamisesta on erittäin havainnollistava osaamisen alueita määritettäessä. (Tuomi 2008,119.) Tuomen mukaan työelämässä aikaisemman osaamisen tunnistaminen liittyy sairaanhoitajan kehittymisosaamiseen itsearvioinnin ja urasuunnittelun osana. Tuomen tutkimuksesta saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että sairaanhoitajien kehittämis- ja kehittymisosaamiseen tulee kiinnittää huomiota sairaanhoitajien urasuunnittelussa, jolloin voidaan huomioida sairaanhoitajan olemassa oleva osaaminen ja tarkastella osaamisen kehittämistä tavoitteellisesti. Hoitotyön johtajien odottama osaaminen ja sairaanhoitajien odottaman osaamisen sekä itsearvioinnin välillä on eroa. Tämän vuoksi Tuomi esittää, että osaamisen arviointia kannattaisi tehdä sekä hoitotyön johtajien että sairaanhoitajien

näkökulmasta. Arvioitua osaamista tulisi tarkastella suhteessa odotettuun osaamiseen eli toiminnan tavoitteisiin. (Tuomi 2008, 135)

3 PSYKIATRINEN AVOHOITO

Mielenterveyslain (1990/1116) mukaan psykiatriset hoitopalvelut on toteutettava ensisijaisesti avopalveluina. Käytännössä tämä tarkoittaa psykiatrisia avohoidon toimipaikkoja, kuten psykiatrisia poliklinikoita ja päiväosastoja. Psykiatrisilla poliklinikoilla toimivat moniammatilliset työryhmät, joissa eri ammattiryhmät tekevät yhteistyötä potilaan parhaaksi yhteistyössä potilaan kanssa. (Mielenterveyslaki 1990/1116)

Mielenterveyspalveluita järjestetään avohoidossa sekä julkisesti että yksityisesti. Julkisen terveydenhuollon psykiatrisille poliklinikoille tai mielenterveystoimistoihin kulkeudutaan joko perusterveydenhuollon lääkärin kautta tai suoraan, riippuen paikkakunnasta. Avohoitopalvelut kehittyvät koko ajan monipuolisemmiksi, liikkuvammiksi ja ihmisen arkeen tiiviimmin liittyviksi. Kun avohoitopalvelut limittyvät ihmisen arkeen, on mahdollista välttää tai lyhentää sairaalahoitoa. Suomessa toimii eri nimikkeillä psykoosityöryhmiä, jotka pystyvät ottamaan hoitovastuun nopeasti ja tekemään kotikäyntejä potilaan luona seuraavana arkipäivänä pyynnön tultua. Näiden palveluiden kautta myös sairaalahoidosta avohoitoon siirtyvä potilas saa aluksi tarvitsemaansa tiivistä tukea arjessa pärjäämiseen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 180–181)

Avohoito voi myös tarjota erilaisia päivätoimintoja. Omaehtoisten osallistumismahdollisuuksien ja mielekkään tekemisen järjestäminen on tärkeää. Kaikkien kannalta tärkeää on, että yhteistyö eri tahojen välillä on joustavaa. Tällöin palveluketju ei pääse katkeamaan ja hoito ei kärsi. (Kuhanen ym. 2010, 180–181)

4 PSYKOLOGISET HOITOMENETELMÄT

4.1 Psykoedukaatio ja yleinen oireenhallinta

Psykoedukaatio on arkikielistä puhetta, tiedon tarjoamista, valmennusta, vuorovaikutusta, kuuntelemista, kyselyä, ihmettelyä, mallin antamista, reflektointia, myötäelämistä, kaikkien osallistujien asiantuntijuuden hyväksikäyttämistä ja kaikkien ymmärryksen lisääntymistä. (Lindroos 2012)

Psykoedukaatio on jaettua asiantuntijuutta hoitavan tahon ja potilaan sekä hänen perheensä välillä, jonka tarkoituksena on yrittää yhdessä etsiä ratkaisua potilaan ja perheen tilanteeseen tai ongelmiin. Psykoedukaation taustalla on ajatus, että sairauden kulkuun voidaan vaikuttaa, kun potilaan ja perheenjäsenten kanssa työskennellään yhdessä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 90–93)

Käytännössä työskentelyn aikana potilaalle ja perheelle annetaan tietoa sairaudesta, oireista, selviytymiskeinoista, toipumisesta ja toipumisen tavoista. Opetellaan, miten potilas voi tunnistaa, jos sairaus on uusiutumassa. Selviytymisen tukemisessa tärkeänä osana on kommunikaatio- ja ongelmaratkaisutaidot ja sosiaalisten taitojen harjoittelu potilaan kanssa onkin olennainen osa tukemista. Tavoitteena on lisätä potilaan ja perheen terveyttä ja hyvinvointia, elämänlaatua, elämäntilanteen tunnetta sekä antaa konkreettisia selviytymiskeinoja ja välineitä heidän elämäänsä. (Kuhanen ym. 2010, 90 – 93)

4.2 Interpersoonallinen terapia eli IPT

IPT on alun perin masennuksen hoitoon kehitetty lyhytkestoinen (esim. 12–16 viikkoa istuntoa), käytännönläheinen, teoreettisesti suhteellisen yksinkertainen sekä kohtalaisen helposti opittava, diagnoosikeskeinen hoitomuoto. IPT:n lähtökohdat ovat, että potilaalla on sairaus eikä siihen sairastuminen ole potilaan vika. (Parkkinen 2012a; Barlow 2008, 306–310, 325)

IPT jaetaan kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa keskitytään potilaan viimeaikaisiin elämäntapahtumiin. Tässä tarjotaan potilaalle sairaan roolia, joka on kuitenkin väliaikainen. Näin pyritään vapauttamaan potilas syytöksistä, joiden syynä on oireiden aiheuttama toimintakyvyn heikkeneminen. Keskivaihe alkaa, kun potilas on hyväksynyt hoidon muotoilun. Hoito kohdistuu yhteen tai kahteen neljästä ongelma-alueesta (pitkittynyt suru, rooliristiriita, roolin muutos tai interpersoonallinen arkuus), joihin on toimintasuunnitelmat. Jokainen istunto alkaa kysymyksellä: ”Mitä on tapahtunut viime tapaamisen jälkeen?”. Loppuvaiheessa korostetaan potilaan riippumattomuutta ja pätevyyttä sekä hänen edistymistään ja onnistumistaan tämän lyhyen hoidon aikana. Tärkeää on muistuttaa potilasta masennuksen luonteesta ja uusiutumiseriskistä. (Parkkinen 2012a; Barlow 2008, 306–310, 325)

4.3 Kognitiivinen psykoterapia

Kognitiivinen psykoterapia tutkii hyvinvointia rajoittavia, epätarkoituksenmukaisia ajatustapoja ja niiden yhteyksiä ongelmallisiin kokemuksiin, tunteisiin ja toimintatapoihin. Näiden ajattelutottumusten tunnistamisen ja muuttamisen ohella terapiassa kehitetään ongelmanratkaisutaitoja ja selviytymiskeinoja. Usein työskentely on hyvin käytännönläheistä. Uusia suhtautumis- ja toimintatapoja kokeillaan jokapäiväisessä arkielämässä terapiaistuntojen välillä. Terapia on yleensä yksilöterapiaa, mutta se voi olla myös ryhmä-, pari- tai perheterapiaa. (Toivio & Nordling 2009, 255–259; Barlow 2008, 268–269)

Terapeutti auttaa asiakasta huomaamaan, miten tämä ajattelee ja asennoituu erilaisiin tilanteisiin. Terapeutti rohkaisee ihmistä kyseenalaistamaan uskomuksiaan ja ajattelutottumuksiaan. Asiakasta autetaan korvaamaan ongelmallisia ajatuksia sellaisilla, jotka sopivat paremmin tosiasioihin. Asiakasta yritetään opettaa ajattelemaan positiivisemmin. Asiakas saa hoidon aikana kotitehtäviä, joissa harjoitellaan todellisuuteen paremmin sopivia suhtautumistapoja. Hoito voi olla lyhyttä eli 10–20 kertaa tai pitkää, eli kestää vuosia tai enemmän. (Toivio & Nordling 2009, 255–259; Barlow 2008, 268–269)

4.4 Perhekeskeinen hoito

Perheterapia on tietoinen ja ammatillinen keino tutkia, ymmärtää ja hoitaa perheen sisäisiä vuorovaikutuksia kokonaisuudessaan sekä tutkia yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä. Taustateoriat painottuvat eri tavoin siinä, miten vuorovaikutus toimii perheen jäsenten välillä ja mitkä tekijät tässä perhedynamiikassa ovat keskeisiä ja määräävässä asemassa ajattelun jokaisen perheenjäsenen psyykkistä kehitystä ja hyvinvointia sekä yksilöinä että yhdessä. Perhekeskeisen hoidon keskeiset hoitomenetelmät ovat psykoedukaatio, vuorovaikutustaitojen harjoittelu ja ongelmaratkaisutaitojen harjoittelu. (Parkkinen 2012b luento; Toivio & Nordling 2009, 264–265)

Perhekeskeisessä työssä erotetaan erilaisia perheistuntoja. Perheneuvottelussa pyritään konkreettisilla kysymyksillä saamaan selville jokaisen perheenjäsenen tilanne mahdollisesti tarvittavista perheen vuorovaikutussuhteiden muutoksista ja niiden vaikutuksesta perheen elämäntilanteeseen. Perhekartoituksessa tai –selvittelyssä on kyseessä enemmän tutkimuksellinen haastattelu. Siinä pyritään hankkimaan mm. anamnestisia tietoja ja perheenjäsenten havaintoja, tulkintoja tai käsityksiä perheenjäsenen sairastumisesta tai häiriön luonteesta ja niihin liittyvistä tekijöistä sekä mahdollisesta hoidon tarpeesta. Perheterapiassa perheenjäseniltä edellytetään jonkinlaista valmiutta nähdä perheen ongelmat vuorovaikutuksellisinä. Ensimmäisessä tapaamisessa on tärkeää saada perhe motivoitumaan hoitoon pitkäjänteisesti. Pyritään luomaan suunnitelma, jolla perheen keskeinen ongelma pyritään ratkaisemaan. (Toivio & Nordling 2009, 264–265)

5 TEHOSTETUN AVOHOIDON YKSIKKÖ ELI TAY

TAY on Satakunnan sairaanhoitopiiriin kuuluva akuuttipsykiatrian yksikkö. Se toimii Harjavallan sairaalan alueella. TAY on perustettu 1.5.2011. Siellä hoidetaan ja tutkitaan psykiatrisista sairauksista ja häiriöistä kärsiviä potilaita, joiden hoidon tarpeeseen pyritään vastaamaan tiiviillä ja tehokkaalla avohoidolla. (Lampela 2011)

Potilaat saapuvat usein perusterveydenhuollon päivystyksistä päivystysläheteillä. TAY vastaanottaa B1-läheteillä tulevat potilaat (B1=vapaaehtoinen lähete) ja siellä työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat potilaan hoidontarpeen ja hoitopaikan. Jos hoidon tarpeen arvioidaan olevan vähemmän kuin 3 vrk, voivat potilaat olla poliklinisessa seurannassa avo-osastolla numero 22. TAY vastaanottaa myös vapaaehtoisessa hoidossa olleet potilaat, jotka eivät tarvitse enää osastohoitoa, mutta joilla hoidon tarve on muutoin yli 1-2 tapaamista viikossa. (Lampela 2011)

Hoidossa keskeistä on vastata päivystysluontoisesti potilaiden akuuttiin psyykkiseen oireiluun, toteuttaa intensiivinen psykiatrinen hoito sekä suunnitella ja toteuttaa tarpeenmukainen jatkohoito. (Lampela 2011)

5.1 Toiminta Tehostetun avohoidon yksikössä

Keskeistä hoidossa on selvittää potilaan psykiatrinen diagnoosi yhdessä potilaan ja omaisten kanssa ja sitouttaa potilas hoitoon. Tavoitteena on aloittaa lääkehoito nopeasti ja arvioida potilaan vaste lääkkeelle/lääkkeille. Tehostetun avohoidon yksikössä toteutetaan myös perhetapaamisia, yksilötapaamisia, verkostokokouksia ja erilaisia ryhmätoimintoja. (Lampela 2011)

Potilaalle järjestetään päivystysluontoisesti ensitapaaminen, jossa keskeisimpiä asioita on selvittää anamneesi ja tehdä sen perusteella hoitosuunnitelma. Ensitapaamisessa paikalla on potilaan ja omaisten lisäksi ainakin sairaanhoitaja ja lääkäri. Jos potilaan hoitovaste ei ole ensimmäisenä päivänä riittävä, voidaan potilas sijoittaa osastolle polikliniseen seurantaan yön ajaksi ja jatkaa hoitoa seuraavana aamuna TAY:ssa. (Lampela 2011)

Potilaan tapaamiset perustuvat avoimeen dialogiin, jonka perusedellytyksiä ovat tasavertaisuus keskustelussa, potilaan ja perheen kuunteleminen, aito kiinnostus sekä oman ammatillisen ajatuksen ja näkökulman esille tuominen potilaan ja perheen kuullen. (Lampela 2011)

5.2 Toiminnan peruseriaatteet TAY:ssa

Tärkeää on, että potilas saa apua heti. Jos potilas tulee ei-päivystys läheteellä, voidaan potilas ja omaiset kutsua haastatteluun 1-2 päivän kuluessa. Päivystyspotilaat tulee tavata mahdollisimmin pian. (Lampela 2011)

Potilaan elämään kuuluu erilaisia verkostoja ja ne tulee kutsua mukaan tapaamisiin. Sukulaisten lisäksi tulisi ottaa huomioon esimerkiksi aluepoliklinikat (jos ovat mukana potilaan hoidossa), lastensuojelu, tuetut asumispalvelut ym. (Lampela 2011)

Hoidon tulisi myös olla joustavaa eli esim. tapaamisten tiheys suunnitellaan potilaslähtöisesti. Tärkeää on, että se sairaanhoitaja, kuka saa ilmoituksen potilaan tulosta hoitoon, käynnistää potilaan hoitoprosessin ja selvittää, mitä potilaan hoidossa on aikaisemmin tehty. Jos potilas joutuu osastohoitoon, tulisi yksikön sairaanhoitajan osallistua potilaan hoitokokoukseen osastolla ja hoitosuunnitelman tekoon. Näin turvataan hoidon jatkuvuus. Kun potilas siirretään aluepoliklinikoiden tai perusterveydenhuollon piiriin, tulee yksikön sairaanhoitajan taata, että siirto on hallittu ja potilaalla ja vastaanottavalla taholla on riittävät tiedot potilaasta. (Lampela 2011)

Aluksi on tärkeää löytää oikea diagnoosi ja oireenmukainen lääkitys.

Psykoedukatiivinen ajattelu tulee mukaan hoitoon, kun tutkimusvaihe etenee. (Lampela 2011)

5.3 TAY:n potilaskohtaiset tavoitteet

Tehostetun avohoidon yksikön tavoitteena ei ole hoitaa koko hoitoprosessia. Potilaan kannalta hoidon ytimenä on selvittää mistä on kyse eli määrittää diagnoosi, hoitaa

akuutti oireilu riittävään tasapainoon ja käynnistää hoitoprosessi, joka jatkuu jatko-hoitopaikassa. Tärkeää on saada potilas sitoutumaan hoitoon. (Lampela 2011)

Luotettavan diagnoosin tekeminen on potilaan hoidon kannalta tärkeää. Diagnoosin asettamisen tulisikin olla nopeaa, kuten myös diagnoosin mukaisen hoidon toteuttamisen. Diagnoosin tekeminen vaatii strukturoitua tilanteen selvittelyä, jossa käytetään näyttöön perustuvia menetelmiä. Näitä ovat erilaiset psykiatriset arviointimittarit mm. skannerit (esim. scid) ja kognitiiviset menetelmät, haastattelut, psykologiset tutkimukset ja kuvantamistutkimukset. (Lampela 2011)

5.4 Sairaanhoitajan päivittäinen toiminta TAY:ssa

Tehostetun avohoidon yksikössä työskentelee kolme työryhmää (A, B, C), joissa jokaisessa työskentelee 3 sairaanhoitajaa. Jokainen työryhmä vastaa potilaista tiiminä eli omahoitajakäytäntöä ei ole. Jokaisesta työryhmästä on 2 sairaanhoitajaa töissä klo 8-16, klo 16–20 on yksikössä töissä 2 sairaanhoitajaa ja viikonloppuisin klo 9-18 2 sairaanhoitajaa. Yksi sairaanhoitaja on aina ns. päivystävä sairaanhoitaja ja hänen tehtävänsä on ottaa uudet potilaat vastaan. Hän tekee vastaanottotilanteen ja lääkärin ohjeiden mukaan hoitosuunnitelman ja ohjaa potilaan sille työryhmälle, joka parhaiten pystyy vastaamaan potilaan akuutin hoidon tarpeeseen. (Lampela 2011)

Jokaisella työryhmällä on kalenteri, johon varataan aikoja ja laitetaan yksilö-, perhe- ja verkostotapaamiset. Päivystävä sairaanhoitaja voi varata aikoja toisen työryhmän kalenteriin. Sairaanhoitajat voivat merkata lääkärin kalenteriin esim. hoitokokousai-koja. Sairaanhoitajan tehtävänä on järjestää moniammatillisia tapaamisia yksikön lääkärin, psykologin ja sosiaalityöntekijän kanssa ja kutsua potilaan omaisia ja muuta verkostoa tapaamisiin. Kotikäynnit ja verkostokäynnit tulisi pääasiassa sopia iltapäivään, jolloin henkilökuntaa on enemmän paikalla. (Lampela 2011)

6 POTILASRYHMÄT TEHOSTETUN AVOHOIDON YKSIKÖSSÄ

Tehostetun avohoidon yksikössä on ajalla 1.7.2011–31.3.2012 ollut hoidossa ja uloskirjattu potilaita, joilla ns. ykkösdiagnooseina ovat olleet mielialaoireiset häiriöt (53 % potilaista), skitsofreniatyypiset häiriöt (17 % potilaista), ahdistus- ym. häiriöt (14 % potilaista), päihdehäiriöt (10 % potilaista) ja persoonallisuushäiriöt (4 % potilaista). (Lampela, 2011) Monesti potilaat sairastavat ykkösdiagnoosin lisäksi myös jotakin muuta psykiatrasta sairautta.

6.1 Mielialaoireet

TAY:ssa on ollut edellä mainitulla ajalla mielialaoireisia yhteensä 100 eri potilasta, joilla on ollut 128 hoitojaksoa. Pisin hoitojakso yksittäisellä potilaalla on ollut 135 päivää. Mielialaoireet voidaan jakaa kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja masennusoireisiin, joka voidaan vielä jakaa ensimmäiseen masennusjaksoon ja toistuvaan masennukseen. (Lampela 2011)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön vuoksi hoidossa on ollut 17 eri potilasta, joilla on ollut 24 hoitojaksoa. Pisin hoitojakso on ollut 123 päivää. (Lampela 2011)

Ensimmäisen masennusjakson vuoksi hoidossa on ollut 31 eri potilasta, joilla on ollut 38 hoitojaksoa. Pisin hoitojakso on ollut 135 päivää. Lievä masennus on ollut 4 potilaalla, keskivaikea masennus 12 potilaalla, vaikea masennus 10 potilaalla ja määrittelemätön masennus 5 potilaalla. (Lampela 2011)

Toistuvan masennuksen vuoksi hoidossa on ollut 52 eri potilasta, joilla on ollut 66 hoitojaksoa joista pisin hoitojakso on ollut 121 päivää. Lievä masennus on ollut 2 potilaalla, keskivaikea masennus on ollut 15 potilaalla ja vaikea masennus 35 potilaalla. (Lampela 2011)

6.1.1 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä on aiemmin käytetty nimeä maanis-depressiivinen häiriö. Siinä vaihtelevat depressio- ja maniavaihe. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 46) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla potilaalla on toistuvia jaksoja, jolloin aktiivisuuden taso ja mieliala ovat merkittävästi häiriintyneet. Maniaksi kutsutaan vaihetta, jossa mieliala on noussut, toiminnallisuus on olennaisesti lisääntynyt ja ajattelu on irrallaan realiteeteista. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukoma, Isohanni & Hakola 2008, 68) Henkilö päätyykin usein suuriin sosiaalisiin vaikeuksiin. Hän saattaa ottaa suuria riskejä, tehdä suuria hankintoja ja aloittaa monia asioita yhtä aikaan. (Toivio & Nordling 2009, 128) Häiriötä sairastavista enemmistö kärsii samanaikaisesti myös jostakin muusta psykiatrisesta häiriöstä, esim. alkoholi-riippuvuudesta, ahdistuneisuushäiriöstä, syömishäiriöstä, paniikkihäiriöstä tai persoonallisuushäiriöstä. (Käypä hoito-suositus 2013a)

Maniassa esiintyy muun muassa ylikorostunutta itsearvostusta ja suuruusharhoja, vähentynyttä unen tarvetta, pakonomaista puhumisen tarvetta, ajatusten korkealentoista kiitoa ja hajanaisuutta. Tarkkaavaisuus ja keskittyminen häiriintyvät helposti ulkoisten ärsykkeiden takia ja potilaalla on lisääntynyttä toiminnallisuutta ja mielihyvätarpeiden tyydytykseen liittyvää impulsiivisuutta, kuten rahojen tuhlaailua, seksuaalista holtittomuutta, itsensä huolehtimisen laiminlyöntejä. (Toivio & Nordling 2009, 128–129)

Hypomaaninen vaihe edeltää usein varsinaista maniajaksoa. Tässä vaiheessa henkilön vauhdikkuus lisääntyy, unet lyhenevät, ajatus lentää ja ärtyneisyys lisääntyy, mutta todellisuus ei ole täysin kadonnut. Hypomania on siis lieväasteista vauhdikkuutta. (Hietaharju & Nuuttila 2010, 48)

Kaksisuuntaisen häiriön masennusjakso vastaa masennuksen oireita. Mielialan muuttuminen saattaa tapahtua parissa päivässä tai voi kestää vuosia. Vaiheiden välissä voi olla vuosien oireeton kausi. Masennusjaksot ovat yleensä pitkiä, mutta 10–20%:lla mania toistuu ilman masennusta. (Käypä hoito-suositus 2010a)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö voidaan jakaa kahteen eri alatyypin. I tyyppi sisältää manian ja masennuksen vaihtelua sykleittäin sekä sekamuotoisia jaksoja. Tähän kuuluvat myös pelkät toistuvat maniajaksot. II tyyppillä tarkoitetaan hypomanian eli lievääasteisen vauhdikkuuden ja masennuksen vuorottelua. (Kuhanen ym. 2010, 203)

Kaksisuuntaisen mielialahäiriön tunnistaminen ja huolellinen erotusdiagnostiikka on tärkeää, jotta potilas voi saada asianmukaista hoitoa. Tautiin liittyy suurentunut itsemurhariski. Taudin puhjettua siitä tulee krooninen eli uusiutuva sairaus. Potilaalla esiintyy yleensä oireita noin puolet ajasta ja jaksojen välinen oireilu on yleistä. (Käypä hoito-suositus 2013b)

Hoidossa keskeistä on ehkäistä jaksojen uusiutumista ja kartoittaa, mikä sairauden vaihe kulloinkin on kyseessä ja huomioida sairauden elämänaikainen kulku. Hoidon vaikuttavuutta lisäävät tiedon jakaminen sairaudesta ja sen hoidosta sekä varhaisoireiden tunnistamisen opetus potilaalle ja perheenjäsenille. (Käypä hoito-suositus 2013b)

Lääkehoito on ensisijainen hoitomuoto. Kun lääkehoito on vaikuttanut, voidaan aloittaa terapeutitiset keskustelut. Terapeutitiset keskustelut ovat merkityksellisiä masennusjakson aikana. Maanisessa vaiheessa henkilö ei kykene keskittymään terapeuttiseen keskusteluun. (Toivio & Nordling 2009, 129) Molempien vaiheiden hoitoon voidaan käyttää myös psykiatrasta sähköhoitoa. (Lepola ym. 2008, 70).

Haasteena on saada potilaat sitoutumaan hoitoon. Käypä hoito-suosituksen mukaan alle puolet häiriötä sairastavista sitoutuu säännölliseen pitkäaikaiseen lääkitykseen. Noin joka toiselle potilaalle määrätään psykoosilääkitys. Ainoastaan noin puolet näistä potilaista käyttää lääkitystään ohjeen mukaan. (Käypä hoito-suositus 2010a)

6.1.2 Masennus eli depressio

Yksittäisessä masennuksessa ja toistuvassa masennuksessa oirekuvat ovat samanlaiset, joten tässä yhteydessä käsittelen niitä yhdessä. Masennuksen keskeisiä oireita ovat mielialan lasku, mielenkiinnon ja mielihyvän kokemuksen menetys, kyvyttömyys nauttia elämästä ja voimattomuus, väsyminen ja aktiivisuuden väheneminen. Muita

oireita ovat keskittymiskyvyn ja tarkkaavaisuuskyvyn huononeminen, alentunut itsetunto, syyllisyyden tunteet, niukka ja pessimistinen kuva tulevaisuudesta, unihäiriöt ja huonontunut ruokahalu. (Toivio & Nordling 2009, 104–105; Lepola ym. 2008, 63–65)

Masentunut mieliala ei ole ohimenevä tunnetila, vaan voi kestää yhtäjaksoisesti päivistä vuosiin. Masennustilat on jaoteltu lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin tiloihin. Lievässä masennuksessa henkilöllä on hiukan vaikeuksia päivittäisissä toiminnoissaan ja hänellä on vähintään kaksi keskeisistä oireista. Tämä masennustila kestää keskimäärin 2 viikkoa. Keskivaikeassa masennuksessa keskeisiä oireita on myös kaksi ja muita oireita kolme tai neljä. Tässä henkilön toimintakyky on heikentynyt huomattavasti ja henkilö ei kykene enää työssäkäyntiin ja eikä tavanomaisiin toimiinsa. Vaikeassa masennuksessa henkilö ei kykene työhön eikä sosiaaliseen kanssakäymiseen. Tässä esiintyy ainakin 8 oiretta ja henkilö tarvitsee jo jatkuvaa seurantaa ja huolenpitoa, usein sairaalaympäristössä. (Toivio & Nordling 2009, 104–105; Lepola ym. 2008, 63–65)

Hoito on moniulotteista. Perushoitoon kuuluu mielialaan vaikuttava lääkitys. Akuutivaiheessa keskitytään negatiivisten ajatusten poistamiseen ja toivon ylläpitämiseen. Psykoterapian avulla pyritään luomaan turvallinen ja myötäelävä hoidollinen ilmapiiri. Masentuneen hoidossa parhaiksi todettuja psykoterapiatekniikoita ovat kognitiivinen ja interpersoonallinen psykoterapia. Istuntokertoja on yleensä 15–20 ja tiheys kerran viikossa. (Lepola ym. 2008, 66–67; Toivio & Nordling 2009, 111) Hoitona käytetään paljon myös aivojen sähköhoitoa ja kirkasvalohoitoa. (Käypä hoitosuositus 2010a)

6.2 Skitsofreniatyypiset häiriöt

TAY:ssa on ollut skitsofreniatyypisistä häiriöistä kärsiviä yhteensä 32 potilasta, joilla on ollut 41 hoitojaksoa ja pisin hoitojakso on ollut 174 päivää. Nämä jakautuvat: skitsoaffektiiviset häiriöt (8 potilasta), erilaistumaton skitsofrenia (9 potilasta), määrittämätön psykoottinen häiriö (7 potilasta), paranoidinen skitsofrenia (5 potilasta) ja muut (3 potilasta). (Lampela 2011)

Skitsofrenia on yksi vaikeimmista mielenterveyden häiriöistä ja alkaa yleensä nuorella aikuisiällä. Se vaikuttaa haitallisesti kognitiivisiin ja emotionaalisiin toimintoihin sekä käyttäytymiseen. Skitsofrenian oireet voidaan jakaa kolmeen luokkaan. Psykoottisiin oireisiin kuuluvat aistiharhat ja harhaluulot. Hajanaisiin oireisiin kuuluvat hajanainen puhe, hajanainen käytös ja epäsovelias tunneilmaisu. Negatiivisiin oireisiin kuuluvat puheen köyhtyminen, tahdottomuus, anhedonia eli kyvyttömyys tuntea ja kokea mielihyvää asioista, jotka sitä yleensä tuottavat ja tunneilmaisun latistuminen. Oireet vaihtelevat elämänkaaren kuluessa ja mikään yksittäinen oire ei ole tunnusomaista skitsofrenialle. Skitsofreniaa sairastavalla on merkittäviä vaikeuksia, yksilöstä toiseen vaihdellen, monissa mielen toiminnoissa. (Lönqvist 2011, 70–78; Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010, 59–64; Barlow 2008, 463–464)

Paranoidinen skitsofrenia on skitsofrenian alatyyppejä. Siinä ominaista on ajatusten keskittyminen yhteen tai useampaan harhaluuloon. Kuuloharhoja esiintyy usein, kun taas muita skitsofreniaoireita esiintyy vähän. Erilaistumattomassa skitsofreniassa oireet ovat skitsofrenialle tyypillisiä, mutta selkeää diagnoosia ei ole. Skitsoaffektiivisessä häiriössä tyypillistä on samanlainen mielialan vaihtelu kuin kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä, mutta siinä on myös selviä skitsofrenian oireita, esim. ajatus- ja aistihäiriöitä sekä autismia. Ominaisia ovat rajut psykoosit. (Lönqvist 2011, 70–78; Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010, 59–64)

Skitsofrenian hoito perustuu pitkäjänteiseen ja luottamukselliseen hoitosuhteeseen. Tärkeää on tehdä hoitosuunnitelma, joka laaditaan vuorovaikutuksessa potilaan ja hänen perheensä kanssa, jolloin se on myös tärkeä psykososiaalisen intervention muoto. Hoidossa keskeistä on psykoosilääkitys, jossa pyritään pienimpään tehokkaiseen annokseen ja haittavaikutusten minimoimiseen. Tärkeää on potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua parantavat psykososiaalisen kuntoutuksen muodot ja koko perheen psykoedukaatio. Psykoedukaatio vähentää skitsofrenia oireita, lisää tietoa skitsofreniasta, parantaa lääkehoidon toteutumista, potilaan sosiaalista toimintakykyä ja heidän perheittensä hyvinvointia sekä vähentää psykoosien uusiutumista ja sairaalahoitoon joutumista. (Lindroos 2012)

6.3 Ahdistuneisuus-, pelko-, paniikki-, pakko-oireinen, trauma- ja sopeutumishäiriöt

Tähän ryhmään kuuluvia potilaita on ollut TAY:ssa hoidossa 26 eri potilasta, joilla on ollut 27 hoitojaksoa. Pisin hoitojakso on ollut 104 päivää. 65 % käynneistä on ollut 4 potilaalla. (Lampela 2011)

Ahdistuneisuushäiriöiksi kutsutaan psykiatrisia häiriöitä, joissa keskeisiä oireita ovat ahdistuneisuus, jännittyneisyys ja pelko. Sillä tarkoitetaan pitkäkestoista, tilanteeseen nähden liiallista ja selvästi normaalia elämää haittaavaa ahdistusta. Yleisimmät ahdistuneisuushäiriöt ovat paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalisten tilanteiden pelko ja muut fobiat sekä pakko-oireinen häiriö. (Toivio & Nordling 2009, 95; Lönnqvist 2011, 244–248)

Ahdistushäiriöön liittyy yleensä autonomisen hermoston oireita eli hikoilua, sydämentykytystä, hengenahdistusta, huimausta, pahoinvointia, vatsaoireita, rinnan ahdistusta, tarvetta virtsata tiheästi ja unettomuutta. Ahdistuneisuushäiriön syntymiseen ei ole tarkkaa syytä. Usein vuosien varrella käy niin, että ahdistuneisuushäiriötä sairastava sairastuu masennukseen, kun on päässyt eroon ahdistuneisuushäiriöstä. Alkoholin liikakäytön on todistettu aiheuttavan ahdistuneisuushäiriötä. Noin neljäsosa väestöstä kärsii jostakin ahdistuneisuushäiriöstä elämänsä aikana. (Toivio & Nordling 2009, 95; Lönnqvist 2011, 244–248)

6.3.1 Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Tällainen häiriö on kyseessä, kun ahdistuneisuus on kestänyt yli puoli vuotta. Keskeiset oireet ahdistuneisuuden lisäksi ovat liiallinen eri asioihin, kuten terveydentilaan tai taloudelliseen asemaan kohdistuva huolestuneisuus ja useat somaattiset oireet. (Lönnqvist 2011, 244–248; Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010, 35–36)

Häiriön hoidossa eri psykoterapioilla voidaan pyrkiä ahdistuneisuusherkkyyden ja epävarmuuden tunteiden vähentämiseen sekä vaikeiden tilanteiden hallinnan parantamiseen. Varsinkin käyttäytymis- ja kognitiivisista terapioista on saatu myönteisiä

tuloksia, samoin kuin tukea antavista terapioidista. Lisäksi käytetään lääkettä. (Lönnqvist 2011, 244–248; Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010, 35–36)

6.3.2 Paniikkihäiriö

Paniikkihäiriöön liittyy vaikeita ja toistuvia ahdistuskohtauksia, joita ei voi ennakoita. Tyypillinen kohtaaminen alkaa siten, että ihmisestä tuntuu, että hän ei pysty hengittämään. Sydän alkaa tykyttää, hikoiluttaa ja vapauttaa ja saattaa tuntua rintakipua, pahoinvointia ja kuristumisen tunnetta. Paniikkihäiriö on usein pitkäaikainen ja kroonistuva. Kun se jatkuu pitkään, tulee myös muita ongelmia, kuten alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttöä. Niistä syntyy riippuvuutta, masentuneisuutta sekä ongelmia kotona ja työssä. (Barlow 2008, 1-11)

Lääkehoito on usein tarpeellista, samoin kuin kognitiivinen psykoterapia. Parhaat tulokset saadaan samanaikaisella hoidolla. Terapian apu perustuu siihen, että potilas oppii tunnistamaan niitä virhetulkintoja, joita hän on tehnyt kohtausten aikana. Potilas oppii myös tilanteen hallitsemiskeinoja ja tekniikoita niin, että kielteiset ajatukset poistuvat ja fyysiset oireet lieventyvät. (Barlow 2008, 1-11)

6.3.3 Pelot

Erilaisia pelkoja ovat esim. sosiaaliset pelot ja julkisten paikkojen pelot. Jos sosiaalinen jännittäminen kasvaa niin voimakkaaksi, että henkilön meneminen erilaisiin sosiaalisiin tilanteisiin estyy, on kyse pelosta eli fobiasta. Oireita ovat vapina, lihasjännitys, vatsaoireet, päänsärky, sydämen tykytys ja kova hikoilu. Julkisten paikkojen pelossa oireet laukaisee nimenomaan julkiselle paikalle meno. Oireet ovat samanlaiset kuin sosiaalisessa pelossa ja henkilö välttääkin julkisille paikoille menoa.

Pelkoja hoidetaan pääasiassa psykoterapialla, kognitiivisella terapialla ja lääkkeillä. (Barlow 2008, 123–128)

6.4 Päihdediagnoosit

Hoidossa on ollut 19 potilasta, joilla ollut 21 hoitojaksoa ja pisin hoitojakso on ollut 88 päivää. 11 potilasta on ollut hoidossa alkoholidiagnoosilla, 6 potilasta lääkeaineiden päihdyttävään käyttöön liittyvällä diagnoosilla ja 2 potilasta opioideihin liittyen. (Lampela 2011)

Päihde on yleisnimi kaikille kemiallisille aineille, jotka aiheuttavat päihtymyksen tunteen ja/tai humalatilan. Päihteet voidaan jakaa alkoholiin, tupakkaan ja kahviin ja muihin huumaaviin aineisiin. Muut huumaavat aineet ovat impattavat aineet (tolueeni, tinneri, butaani), pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet ja huumausaineet esim. hallusinogeenit, keskushermostoa lamaavat opiaatit, keskushermostoa kiihdyttävät huumeet ja kannabikset. Päihteitä käytetään yleensä, koska ne tuottavat mielihyvää, parantavat ohimenevästi toimintakykyä ja vähentävät ahdistusta ja dysforiaa eli epämiellyttävää oloa. (Lönnqvist 2011, 405–411; Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010, 67–68)

Päihdekäyttö etenee yleensä kokeilun kautta vakiintuneeksi käytöksi, josta voi seurata riskikäyttöä, haitallista käyttöä ja lopulta syntyy riippuvuus. Päihderiippuvuus on sairaus ja siihen liittyy runsasta ja hallitsematonta päihteiden käyttöä. Lopettaminen on vaikeaa ja päihteiden sietokyky nousee. Merkki riippuvuudesta on vieroitusoireiden esiintyminen ja usein henkilö puolustelee ja vähättelee ongelmiaan. Päihteiden käytöstä syntyy ongelmia. Fyysisiä ongelmia ovat sietokyvyn kasvu, vieroitusoireet sekä elimistön rappeutuminen. Psykkisiä ongelmia ovat tunne-elämän ongelmat, heikentynyt itsetunto, ajattelutapojen vääristyminen ja kieltomekanismit. Sosiaalisia ongelmia ovat työpaikan menetys, perhesuhteiden katkeaminen ja asunnon menettäminen. (Lönnqvist 2011, 405–411; Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010, 67–68)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Tehostetun avohoidon yksikön henkilöstön ammatillista osaamista ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta. Tavoitteena on, että henkilöstön ammatillinen osaaminen yksikössä vahvistuu ja henkilökunta osaa vastata paremmin potilaiden tarpeisiin.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä mieltä henkilökunta on omasta osaamisestaan Tehostetun avohoidon yksikössä?
2. Mitä lisäkoulutusta henkilökunta mielestään tarvitsee?
3. Miten henkilökunta haluaa kehittää hoitotyötä Tehostetun avohoidon yksikössä?

8 AINEISTONKERUUMENETELMÄ

Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Kyselylomake on tyypillinen aineistonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta. Kvantitatiivista tutkimusta kutsutaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi (Heikkilä 2008, 13, 16). Määrällinen tutkimus perustuu mittaamiseen. Tavoitteena on luotettavan, perustellun ja yleistettävän tiedon tuottaminen. (Kananen 2008, 10 - 11)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa perusideana on kysyä tutkimusongelmaan liittyviä kysymyksiä pieneltä joukolta tutkittavaa ilmiötä. Vastaajien pienen joukon eli otoksen edellytetään edustavan koko tutkittavaa joukkoa eli perusjoukkoa. (Kananen 2008, 10–11) Kvantitatiivisen tutkimuksen tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat lomakekyselyt, www-kyselyt, systemaattinen havainnointi, strukturoidut haastattelut ja kokeelliset tutkimukset (Heikkilä 2008, 13).

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä asioita ovat johtopäätökset aiemmin esitetyistä tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesien esille ottaminen ja käsitteiden määrittely. Havaintoaineisto sopii määrälliseen, numeeriseen mittaamiseen. Tärkeitä asioita ovat myös perusjoukon määrittely ja muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon. Aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja päätelmien tekeminen havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin perustuen ovat tärkeitä. Viimeiseksi tulokset kuvaillaan taulukoiden avulla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 131)

Tutkimusongelma on kvantitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana ja siihen etsitään vastausta kohta kerrallaan. Ratkaisu tutkimusongelmaan löytyy tiedon avulla. Ensin tulee määritellä tarvittava tieto. Siitä päätellään mistä tieto hankitaan ja miten se kerätään. Tarvittavasta tiedosta saadaan kysymykset, joilla tutkimuskohteena olevaa ilmiötä selvitetään. Samaa asiaa voidaan kysyä monella eri tapaa. Virhetulkintojen välttämiseksi kysymysteksti tulee harkita tarkkaan. Kvantitatiivisen tutkimuksen virhemahdollisuudet piilevät otoksen valinnassa. Jos valittu otos ei vastaakaan todellista kohderyhmää, ovat tutkimuksella saadut tulokset virheellisiä. Otoksen valinnassa onnistutaankin harvoin täydellisesti, koska tutkimukseen valitun pienen joukon tulisi vastata kaikilta ominaisuuksiltaan koko perusjoukkoa. (Kananen 2008, 11 - 13.)

Opinnäytetyössä päädyttiin valitsemaan aineistonkeruumenetelmäksi kysely. Tavoitteena oli saada yksikön koko henkilökunta osallistumaan siihen vastaamiseen. Kysely laadittiin pääosin strukturoituna. Kysymykset olivat enimmäkseen suljettuja kysymyksiä eli ne tehtiin Likertin asteikon mukaan; täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, en osaa sanoa, jokseenkin eri mieltä ja täysin eri mieltä. Mukaan otettiin myös muutama avoin kysymys. Tätä sanotaan sekamuotoiseksi kyselyksi. (Vilka 2005, 87)

Kyselylomakkeen käyttö mahdollistaa aineiston keruun standardoidusti, objektiivisesti ja kaikilta vastaajilta saadaan vastaukset samalla tavalla. Kysely on tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Se voidaan laatia nimettömänä ja siinä voidaan kysyä monia asioita. Haasteena kyselylomakkeessa on hyvän lomakkeen laatimisen haasteellisuus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 184)

9 KYSELYLOMAKKEEN LAADINTA JA AINEISTON KERUU

Kyselylomake laadittiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen pohjalta. Kyselylomakkeen kysymykset/väittämät jaettiin kolmen otsikon alle, jotka tulivat suoraan tutkimuskysymyksistä. Väittämät 1-7 kuuluvat osion I eli ammatillisen osaamisen alle. Väittämät 1-6 tehtiin Likertin asteikon mukaan ja niissä selvitettiin hoitajan ammatillista osaamista eri osa-alueissa. Väittämä 7 on avoin kysymys ja siinä työntekijä sai sanallisesti kertoa omista heikkouksistaan ja vahvuuksistaan omassa osaamisessaan työssään. Osioon II koulutustarve kuuluvat väittämät 8-13. Väittämät ovat Likertin asteikon mukaisia ja siinä selvitettiin lisäkoulutuksen tarvetta ja työntekijöiden kiinnostusta lisäkoulutukseen. Viimeiseen osioon III hoitotyön kehittäminen kuuluu kysymys 14, jossa on kohdat a-d. Näihin vastattiin sanallisesti. Näissä kysyttiin työntekijöiltä miten he haluaisivat kehittää hoitotyötä yksikössä eri osa-alueilla. Kyselylomake on liitteenä 2.

Opinnäytetyön tutkimuslupahakemus ja opinnäytetyösuunnitelma lähetettiin 18.11.2012 Satakunnan sairaanhoitopiiriin kehittämisylihoitajalle. Opinnäytetyösuunnitelma ja tutkimuslupahakemus käsiteltiin 9.1.2013 Satakunnan sairaanhoitopiirin kehittämisryhmässä, joka puolsi lupaa, mutta esitti parannusehdotuksia. Kehittämisryhmästä suositeltiin, että otsikosta olisi hyvä käydä ilmi, että kyseessä on psykiatrian yksikkö. Pyydettiin myös tarkennusta kyselyn väittämiin, että ne ovat varmasti väittämä- eivätkä kysymysmuotoja. Kehittämisryhmän kommenttien perusteella kyselyyn lisättiin useampi avoin väittämä, muutettiin väittämien muotoja ja tarkennettiin otsikkoa siten, että siitä käy ilmi kyseessä olevan psykiatrian alueen yksikkö. Kehittämisryhmän muutosehdotuksista keskusteltiin myös Tehostetun avohoidon yksikön osastonhoitajan kanssa.

Tämän jälkeen opinnäytetyösuunnitelma lähetettiin toimialueelle varsinaiseen lupa-prosessiin. 14.1.2013 Opinnäytetyön suunnitelmasta käytiin keskustelemassa ylihoitajan kanssa, joka tällöin myönsi ja allekirjoitti tutkimusluvan, joka on liitteenä 3.

Opinnäytetyön kyselylomakkeen esitestaus tapahtui sähköpostin välityksellä viidellä henkilöllä, jotka ovat olleet paljon sijaisina yksikössä ja tietävät millaista työtä siellä

tehdään. Esitestauksessa lähetettiin kysely sähköpostilla esitestattaville 22.1.2013. Esitestauksen tarkoituksena oli saada tietoa kyselyn toimivuudesta. Esitestattavia pyydettiin antamaan kommentteja esim. mitkä kysymykset eivät olleet ymmärrettäviä, olivatko jotkut kysymykset turhia ja olivatko ohjeet riittävän selvät.

Kaikki viisi esitestattavaa vastasi sähköpostiin. Esitestauksen perusteella tehtiin muutoksia joihinkin kysymyksiin. Ammatillinen osaaminen osiosta poistettiin yksi kysymys, koska muuten kysymykset olivat liian lähellä toisiaan. Kysymys numero kolme oli alun perin muodossa ”Tunnistan potilaan yksilöllisen ohjaustarpeen”. Kysymys ei ollut alkuperäisessä muodossaan riittävän selkeä, joten se päädyttiin jättämään kokonaan pois. Kysymyksessä kahdeksan oli alun perin lopussa sana ”vapaaehtoisesti”, joka kaipasi selvennystä. Siinä muutettiin väittämä eri muotoon jolloin tämä sana jäi pois ja lause selkiintyi. Muutoksia tehtiin vielä kieliasuun niin, että vaihdettiin sinuttelumuotojen tilalle teitittely.

Kyselylomakkeet vietiin Tehostetun avohoidon yksikköön tammikuun loppupuolella. Kyselylomake käytiin läpi työntekijöiden kanssa silloin ja he saivat esittää kysymyksiä, jos niitä silloin nousi esille. Kyselylomakkeesta löytyivät yhteystiedot, josta kyselyn tekijän sai kiinni. Sovittiin työntekijöiden palauttavan kyselylomakkeet 4 viikon aikana suljetuissa kirjekuorissa palautuslaatikkoon kahvihuoneeseen. Täytetyt kyselylomakkeet haettiin Tehostetun avohoidon yksiköstä ja muutama viimeisistä lomakkeista saatiin yhden työntekijän kuljettamana.

10 AINEISTON KUVAUS JA ANALYSOINTI

Avoimesta kysymyksestä saatavaa aineistoa analysoitiin sisällönanalyysia apuna käyttäen. Sisällönanalyysissä aineistoa tarkasteltiin eritellen, yhtäläisyyksiä ja eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysin avulla pyrittiin muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus. Se kytki tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. Sisällönanalyysi voi perustua teorialähtöisyyteen tai aineistolähtöisyyteen. Teorialähtöisen analyysin lähtökohta on teoriassa.

Teorialähtöisessä analyysissä teoria ja aiemmat tutkimukset aiheesta ovat merkittäviä asioita, jotka ohjaavat käsitteiden määrittelyä tutkimusaineistosta ja analyysiä. Tutkijan tavoitteena aineistolähtöisessä analyysissä on löytää tutkimusaineiston avulla jonkinlainen tyypillinen kertomus tai tutkimusaineistosta jonkinlainen toiminnan loogiikka. (Vilkkä 2005, 140.)

Muista kysymyksistä saatava aineisto analysoitiin Tixel-ohjelman avulla. Tilastografiikalla välitetään tilastotietoa tai yleisemmin määrällistä tietoa. Kvantitatiivinen tutkimus perustuu mittaamiseen, jonka tuloksena syntyy lukuarvoja sisältävä havaintoaineisto. Tilastotietoa voidaan esittää kolmella erilaisella tavalla: kuvioiden lisäksi myös taulukkoina tai suorasanaaisena tekstinä. Hyvin tehdyllä kuviolla esitetty tieto on havainnollista ja huomattavasti nopeammin omaksuttavissa kuin lukuina esitetty tieto. (Tilastokeskuksen [www-sivut](http://www.tilastokeskus.fi) 2012)

Kysely annettiin 13 yksikön työntekijälle täytettäväksi helmikuun alussa. Kyselyyn vastasi mahdollisesta 13 työntekijästä 11. Vastausprosentti on tällöin 85 %

Aineistoa kuvataan tutkimuskysymyksittäin.

10.1 Ammatillinen osaaminen

Tässä osiossa etsittiin väittämällä vastausta tutkimuskysymykseen 1 eli mitä mieltä henkilökunta on omasta osaamisestaan Tehostetun avohoidon yksikössä. Väittämien vastausprosentti oli kyselyyn vastanneiden kesken 100 %.

Väittämässä numero 1 kaikki vastaajat kokivat osaavansa päivittäiset työtehtävänsä. 64 % oli täysin samaa mieltä ja 36 % samaa mieltä väittämän kanssa. (kuvio1)

Väittämässä numero 2 kaikki vastaajat kokivat osaavansa arvioida potilaan hoidon tarvetta tämän tullessa hoitoon päivystyksellisesti. 36 % oli täysin samaa mieltä ja 64 % samaa mieltä väittämän kanssa. (kuvio 1)

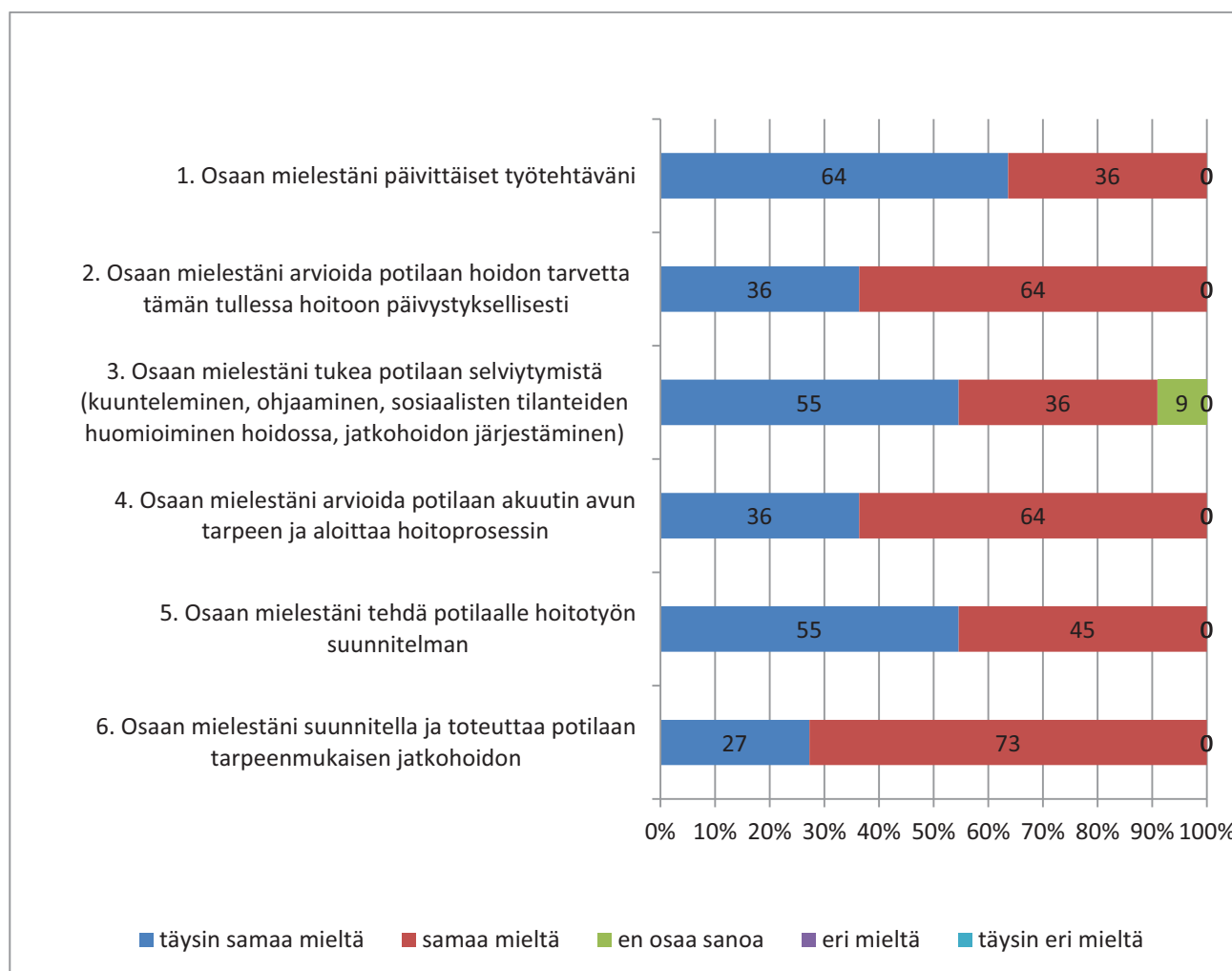
Väittämässä numero 3 yli puolet (55 %) vastaajista oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa eli koki osaavansa tukea potilaan selviytymistä. 36 % oli väittämän kanssa samaa mieltä ja 9 % ei osannut sanoa. (kuvio1)

Väittämässä numero 4 kaikki vastaajat kokivat osaavansa arvioida potilaan akuutin avun tarpeen ja aloittaa hoitoprosessin. 36 % oli täysin samaa mieltä ja 64 % samaa mieltä väittämän kanssa. (kuvio 1)

Väittämässä 5 kaikki vastaajat kokivat osaavansa tehdä potilaalle hoitotyön suunnitelman. 55 % oli täysin samaa mieltä ja 45 % samaa mieltä väittämän kanssa. (kuvio 1)

Väittämässä 6 kaikki vastaajat kokivat osaavansa suunnitella ja toteuttaa potilaan tarpeenmukaisen jatkohoidon. 27 % oli täysin samaa mieltä ja 73 % samaa mieltä väittämän kanssa. (kuvio 1)

kuvio 1. Ammatillinen osaaminen



Kysymyksessä 7 haettiin vastauksia kysymykseen ”Millaisia heikkouksia ja vahvuuksia koette Teillä olevan omassa osaamisessanne työssänne?”. 11 kyselyyn vastanneesta työntekijästä 9 vastasi sanallisesti tähän kysymykseen eli vastausprosentti oli 81,8 %.

Heikkouksina omassa osaamisessaan työssään vastaajat kuvasivat kiirettä ja sen tuomaa väsymystä ja stressiä. Heikkoutena koettiin myös muiden kuin potilaan hoitamiseen liittyvien asioiden hoitamiseen menevää aikaa. Heikkoudeksi kuvattiin myös jaksamattomuus keskittyä muihin kuin potilastyöhön liittyviin työasioihin ja jaksamattomuuden muiden kuin työstä johtuvien tekijöiden vuoksi. Heikkoutena koettiin myös tiedon puute tietyistä sairauksista esim. neuropsykiatristen häiriöiden tuntemus; asperger, ADHD yms. ja traumatisoituneiden potilaiden terapeutin hoito.

Heikkoutena pidettiin myös tietoutta jatkopaikkojen tarjonnasta. Työntekijöillä ei ollut tietoa minkälaista hoitoa on saatavilla ja mitä eri yksiköt pitävät sisällään.

”Heikkoudet; tulevat useimmiten esille hoidettaessa ”marginaalista” potilasryhmää, esim. syömishäiriö, asperger. Eli kyse on tiedon puutteesta; ”miten kannattaisi lähteä hoitamaan esim. syömishäiriöstä kärsivää potilasta.”

”Kokemattomuus ryhmien pitämisessä, omaisten kohtaamisessa ja lasten tapaamisissa”.

Vahvuuksina omassa osaamisessaan työssään työntekijät kokivat olevan jatkuva ja ajanmukainen koulutus, jolloin ammatillinen osaaminen pysyy ajan tasalla. Useimmat työntekijät kokivat vahvuutena hyvän työyhteisön, sen tuen esim. kiperissä potilastilanteissa ja hyvän työilmapiirin.

Vahvuutena koettiin myös hyvä ja huomioiva esimies ja avoin keskusteluyhteys tämän kanssa. Eräs koki vahvuudeksi pitkän työkokemuksen ja toinen kokemuksen ja hankitun tiedon ja taidon tehdä työtä. Kuuntelu, rauhallisuus, harkintakyky ja organisointikyky olivat myös vahvuuksia. Erilaisissa yksiköissä työskentely ja siitä tulleet näkemykset psykiatrisen hoidon eri alueilta koettiin myös vahvuuksiksi.

”Erityisenä vahvuutena on pitkä kokemus psykiatriasta ja monista eri toimipaikoista. Kokemuksen myötä on voinut nähdä erilaisia tilanteita sekä sairauksia ensisairastumisesta -> kroonistumiseen mikä antaa syvällisempää ymmärrystä. Vahvuutena on myös monipuolinen koulutus mikä tuo uusia työtapoja sekä luottamusta ja varmuutta potilastyöskentelyyn. Nykyisin osaa paremmin tukea potilasta tekemään ”oikeita” asioita mitkä tukevat ”terveyttä” kohti parempaa elämän laatua.”

Vahvuutena koettiin myös potilaiden kohtaaminen ja kyky yhteistyöhön sekä hyvä tiedollinen ja taidollinen osaaminen.

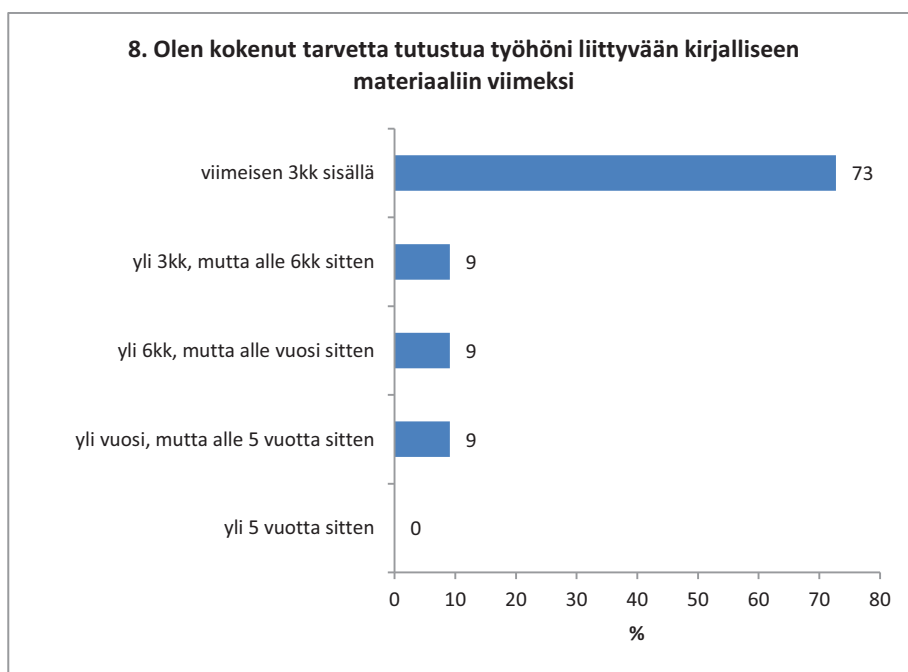
”hyvät vuorovaikutustaidot, rauhallisuus ja empaattisuus, perehtyneisyys laajasti perustyöhön liittyviin asioihin kuten lääkehoito, potilastietojärjestelmä, scid ja yhteistyökyky”

10.2 Koulutustarve

Tässä osiossa etsittiin vastausta tutkimuskysymykseen 2 eli mitä lisäkoulutusta henkilökunta mielestään tarvitsee.

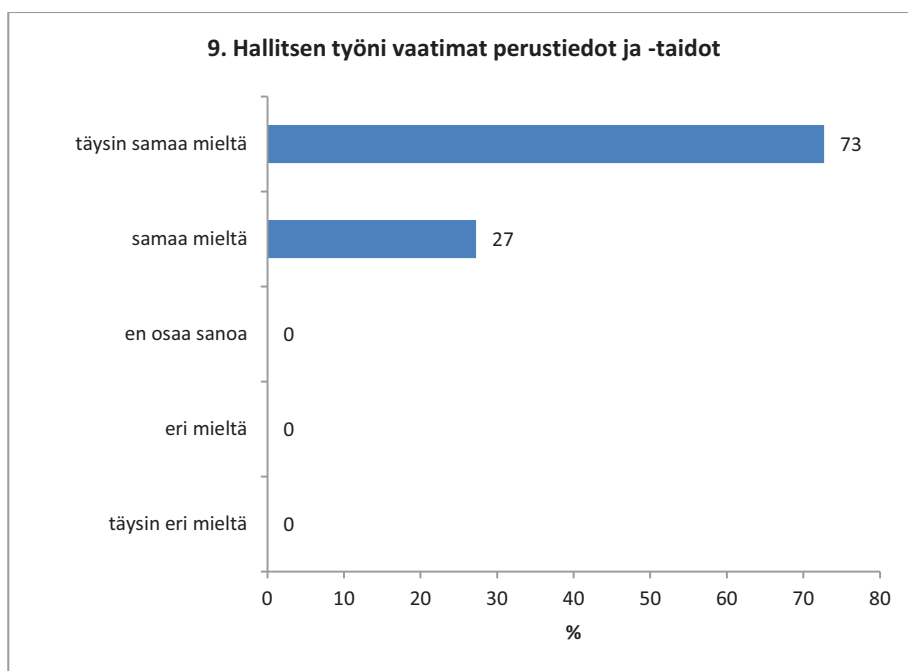
Väittämään kahdeksan 73 % vastaajista oli vastannut kokeneensa tarvetta tutusta työhönsä liittyvään kirjalliseen materiaaliin viimeisen 3kk:n sisällä. 9 % oli tutustunut materiaaliin alle 6kk sitten. 9 % alle vuosi sitten ja 9 % alle 5 vuotta sitten. (kuvio 2)

kuvio 2. Kirjallinen materiaali



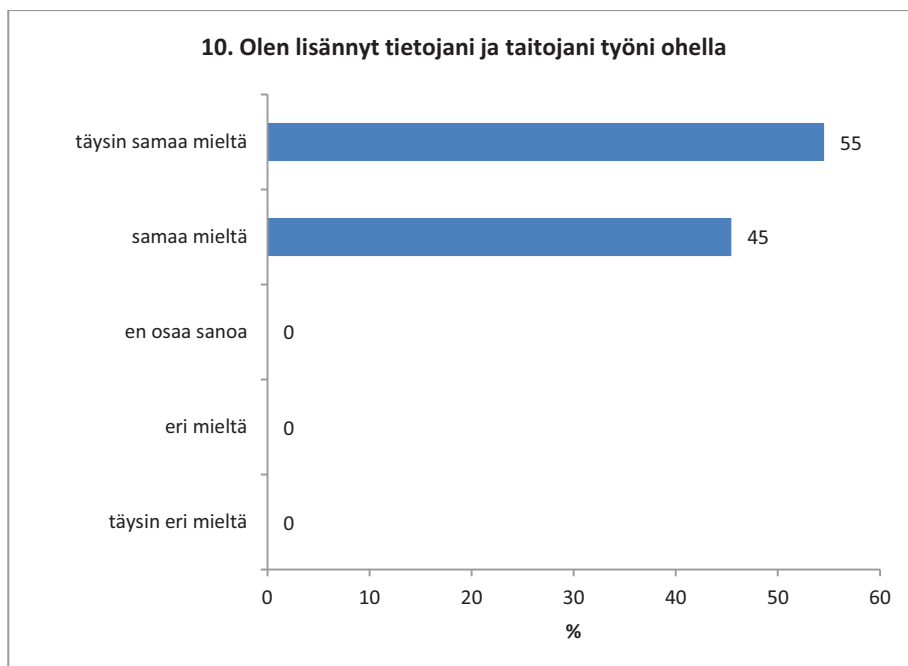
Väittämässä 9 kaikki vastaajat kokivat hallitsevansa työnsä vaatimat perustiedot ja –taidot. (kuvio 3)

Kuvio 3. Perustiedot ja -taidot



Väittämään numero 10 kaikki vastaajat olivat vastanneet lisänneensä tietojaan ja taitojaan työn ohella. (kuvio 4)

kuvio 4. Tiedot ja taidot



Väittämässä numero 11 selvitettiin mistä eri aihealueista työntekijät mahdollisesti haluaisivat lisäkoulutusta.

Ensimmäisessä kohdassa kysyttiin haluttiinko lisäkoulutusta liittyen psykoterapeuttisiin hoitomenetelmiin. 82 % halusi lisäkoulutusta ja 18 % ei osannut sanoa haluaako lisäkoulutusta liittyen psykoterapeuttisiin hoitomenetelmiin. (kuvio 5)

Toisessa kohdassa kysyttiin haluttiinko lisäkoulutusta liittyen hoidolliseen vuorovai-
kutukseen. 70 % halusi lisäkoulutusta, 20 % ei osannut sanoa ja 10 % ei halunnut lisäkoulutusta. (kuvio 5)

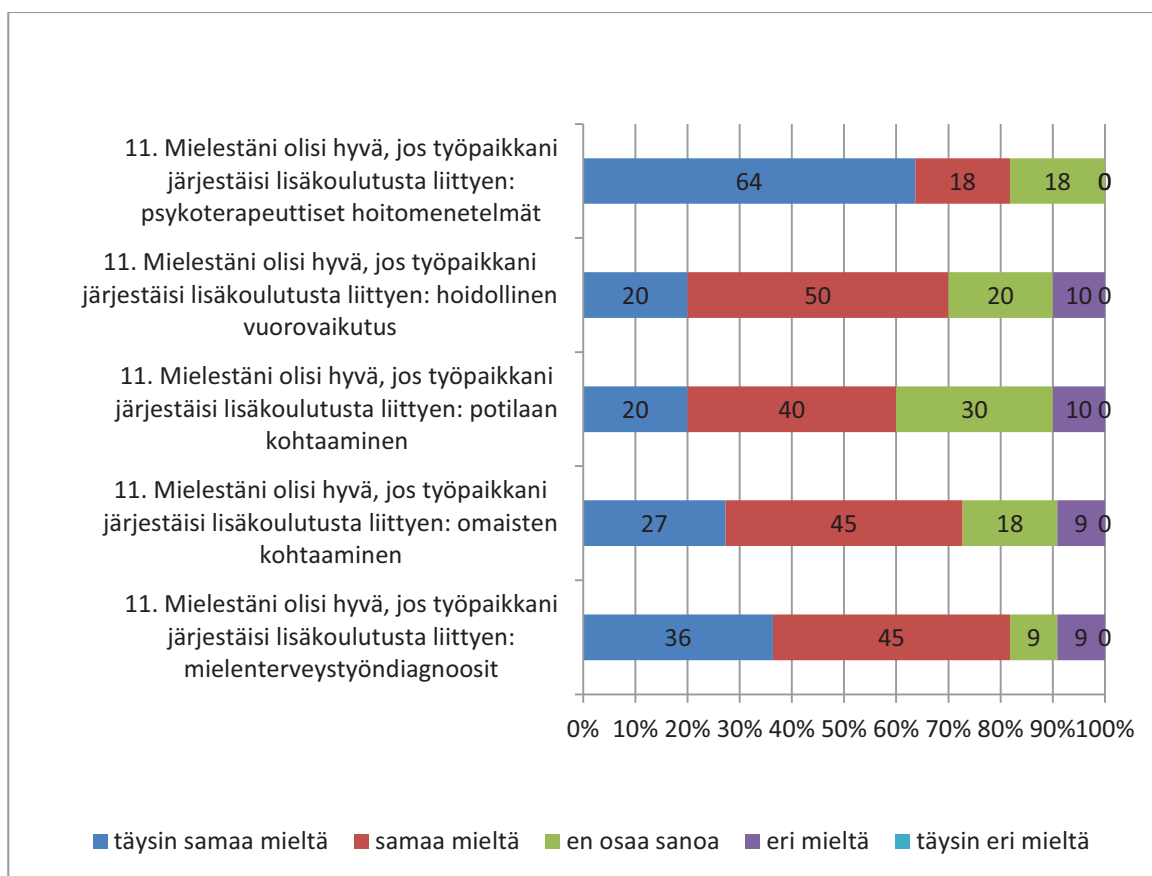
Kolmannessa kohdassa kysyttiin haluttiinko lisäkoulutusta liittyen potilaan kohtaamiseen. 60 % halusi lisäkoulutusta, 30 % ei osannut sanoa ja 10 % ei halunnut lisäkoulutusta. (kuvio 5)

Neljännessä kohdassa kysyttiin haluttiinko lisäkoulutusta liittyen omaisten kohtaamiseen. 72 % halusi lisäkoulutusta, 18 % ei osannut sanoa ja 9 % ei halunnut lisäkoulutusta. (kuvio 5)

Viidennessä kohdassa kysyttiin haluttiinko lisäkoulutusta liittyen mielenterveystyö-
diagnooseihin. 81 % halusi lisäkoulutusta, 9 % ei osannut sanoa ja 9 % ei halunnut lisäkoulutusta. (kuvio 5)

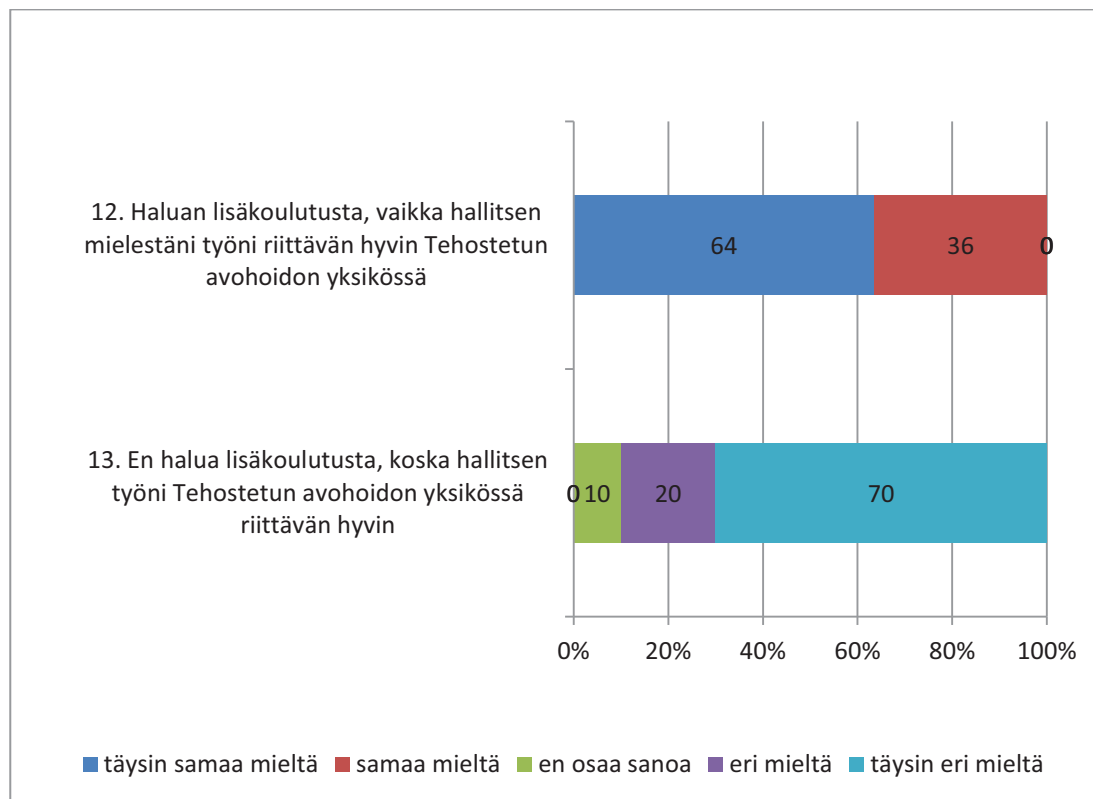
Väittämässä numero 11 oli myös kohta muuta, mitä. Siihen oli mahdollisuus kirjoittaa sanallisesti mihin olisi hyvä jos työpaikka järjestäisi lisäkoulutusta. Esille tuli työnohjaus ja työyhteisön hyvinvointi.

kuvio 5. Lisäkoulutus



Väittämissä 12 ja 13 vastaajat totesivat haluavansa lisäkoulutusta, vaikka hallitsevat mielestään työnsä riittävän hyvin Tehostetun avohoidon yksikössä. (kuvio 6)

kuvio 6. Lisäkoulutus



10.3 Hoitotyön kehittäminen

Tässä osiossa etsittiin vastausta tutkimuskysymykseen 3 eli miten henkilökunta haluaa kehittää hoitotyötä Tehostetun avohoidon yksikössä. Tähän vastattiin sanallisesti ja vastaukset on koottu tiivistettynä suorina lainauksina.

Väittämässä 14 oli neljä kohtaa a, b, c ja d, joihin tuli vastata sanallisesti. Pääkysymys oli ”Miten haluaisitte kehittää hoitotyötä Tehostetun avohoidon yksikössä?”.

14a kohdassa kysyttiin työntekijöiltä kehitysideoita hoitotyöhön potilaan kohtaamisessa tulovaiheessa. Vastausprosentti kyselyyn vastanneiden kesken oli 82 %.

Tässä kohdassa useiden vastaajien mielestä potilaan nopean pääsyn hoidon arvioon eli lääkärille tulisi kehittyä ja nopeutua. Tällöin tulisi myös kehittää pitkään odottavan potilaan yksilöllistä huomiointia. Yhden vastaajan mielestä potilaat saavat hyvää hoitoa ja huomiointia jo tulovaiheessa. Selkeämpi ja yhdenmukainen struktuuri takaisi ja automatisoisi tulotilannetta. Potilaiden järjestelmällinen arviointi oli yhden vastaajan listalla. Yksi vastaajista toivoi tehtäväkuvien selkeyttämistä eri ammattiryhmien välillä, lähinnä lääkäreiden ja hoitajien työnkuvaa ja vastuuta. Haluttiin, että linjaus potilaan hoidosta ja potilaan alustava hoitosuunnitelma tehtäisiin tarkemmaksi jo 1. lääkärin tapaamisessa. Eräs vastaaja toi esille toivovansa selkeää työnjakoa ja ryhmätyötä sekä hoitajan ammattitaidon arvostamista ja vastuunantamista.

”Nopea pääsy hoidon arvioon = lääkärin tapaamiseen”.

”Selkeää työnjakoa/ryhmätyötä ja hoitajan ammattitaidon arvostamista, vastuun antamista.”

14b kohdassa kysyttiin työntekijöiltä kehitysideoita hoitotyöhön potilaan hoitosuunnitelman laatimisessa. Vastausprosentti kyselyyn vastanneiden kesken oli 73 %.

Moniammatillinen yhteistyö ja riittävä aika pohtia työryhmässä (lääkäri, psykologi, hoitaja) potilaan hoitosuunnitelmaa koettiin tärkeäksi kehitysideaksi. Yksikössä koettiin olevan aika hyvin avointa keskustelua työryhmän kesken siitä miten potilaan hoito toteutetaan. Ajoittain, lääkäristä riippuen, painotetaan liikaa lääkitystä ja jätetään huomioimatta muu hoito ja sen tehokkuus. Toivottiin myös selkeää hoitosuunnitelmaa, jota kaikki noudattaisivat.

”Hoidon alussa voisi olla sovittu struktuuri, kohdat jotka huomioidaan suunnitelmaa tehdessä, esim. hoitojakson pituus.”

”Hoitosuunnitelman selkeät tavoitteet sekä hoitosuunnitelman tarkistaminen määräajoin. Eli tulotilanteessa sovitaan seuraava lääkärintapaaminen, jossa hoitosuunnitelma tarkastetaan.”

Toivottiin, että terapiakoulutettuja hoitajia hyödynnettäisiin ja sen mukaista struktuuria käytettäisiin potilaan hoitoon. Yhden mielestä hoitosuunnitelman laatiminen sujuu hyvin.

Toivottiin tarkempaa rajausta ja pohdintaa siitä minkälaisia potilaita voidaan ja pystytään Tehostetun avohoidon yksikössä hoitamaan. Vastaajan mielestä päihdepotilaiden ja huonokuntoisten potilaiden laittaminen ajoissa osastohoitoon, tulisi ottaa huomioon.

”Tarkempaa ”rajausta” ja pohdintaa siitä minkälaisia potilaita voidaan ja pystytään TAY:ssa hoitamaan. Päihdepotilaat, liian huonokuntoisten laittaminen ajoissa osastolle...”

14c kohdassa kysyttiin kehitysideoita hoitotyöhön potilaan hoidossa. Vastausprosentti kyselyyn vastanneiden kesken oli 82 %.

Toivottiin, että potilastapaamisissa olisi riittävästi aikaa. Ajoittain yksikössä on potilassumia. Lääkehoitoon toivottiin täsmällisyyttä sekä potilaan hoitoon toivottiin selkeyttä. Toivottiin myös kotiinpäin suuntautuvaa terapeutista työtä. Tiettyjen potilaiden hoidossa toivottiin myös työparin käyttöä enemmän tapaamisissa.

”Avoimuus ja joustavuus hoitomenetelmien käytössä, huomioiden niin potilaan yksilölliset tarpeet ja resurssit sekä hoitajan taidot ja mahdollisuudet.”

Toivottiin selkeämpien tavoitteiden asettamista esim. osatavoitteita, jotka ovat potilaan ja työryhmän tiedossa. Keskustelujen toivottiin olevan entistä tavoitteellisempia.

”Potilaan saama hoito korreloi mielestäni hoitosuunnitelman (viittaaan edelliseen kysymykseen). Eli potilaan saama hoito on tiiviimpää ja tehokkaampaa, mikäli hoitosuunnitelma on hyvä ja selkeä.”

Haluttiin myös kehittää potilaan hoidossa oman epävarmuuden ja yllättävien muutosten parempaa sietämistä. Omien resurssien hallintaa toivottiin kehitettävän. Lyhyiden

hoitojaksojen ajaksi potilaan terapiasuhdetta ei kannattaisi pistää tauolle tämän muussa hoitopaikassa.

”Epävarmuuden ja yllättävien muutosten parempaa sietämistä. Omien resurssien hallinta, ei luvata ja yritetä liikoja. Lyhyiden hoitojaksojen (tayssa) ajaksi ei kannattaisi pistää ns. terapiasuhdetta muualla tauolle.”

14d kohdassa kysyttiin kehitysideoita hoitotyöhön potilaan kotiuttamisessa ja jatkohoidon järjestämisessä. Vastausprosentti kyselyyn vastanneiden kesken oli 73 %.

Vastaajien mielestä yhteistyötä tulisi olla lisää jatkohoitopaikkojen ja työntekijöiden kanssa ja yhteistyön tulisi olla helpompaa. Työntekijät toivoivat selkeää suunnitelmallisuutta kotiutumisen ajankohdasta ja jatkohoidosta. Enemmän toivottiin yhteistyötä esim. psykiatrian poliklinikan kanssa. Vastaaja kirjoitti, että potilas voisi käydä päällekkäin TAY:ssa ja psyk.polilla ainakin hoidon loppuvaiheessa.

”Mahdollisuus käydä työryhmässä keskustelua jatkohoidosta ja tarvittaessa tuettu siirtyminen sinne, esim. hoitaja mukaan ensikäynnille.”

Vastausten mukaan jatkohoitoa pitäisi alkaa pohtia aikaisemmassa vaiheessa, koska usein potilas saa odottaa jatkohoitoaikaansa viikkoja. Toivottiin myös enemmän hoidon tavoitteiden täyttymisen arviointia hoidon loppupuolella.

”Selkeää suunnitelmallisuutta ja hoidon tavoitteiden täyttymisen arviointia enemmän hoidon loppupuolella.”

11 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Tutkimuksen luotettavuutta, etenkin määrällisen tutkimuksen, kuvataan käsitteillä reliabiliteetti ja validiteetti. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa sitä, että tutkimustulokset ovat toistettavissa. Tällä tarkoitetaan sitä, että tutkimuksen tekijän tulee osoittaa, että hänen tutkimuksensa tulokset eivät ole syntyneet sattumavaraaisesti, vaan ne ovat pysyviä. Reliaabelius voidaan todeta usealla eri tavalla. Tutkimuksen validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai esim. kyselylomakkeen kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata eli pätevyyttä. Tutkimustulosten tulee aina antaa totuudenmukainen kuva tutkimuskohteesta. Tutkimuksen validiuden kannalta oleellista on se, miten tutkija on onnistunut käsitteen rajauksessa ja määrittelyssä. (Hirsjärvi ym. 2009)

Tutkimuksessa etenkin mittarin, esimerkiksi kyselylomakkeen, validiteettia tulee arvioida. Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan sitä, että mittari mittaa. Käsitevaliditeetilla tarkoitetaan sitä missä laajuudessa mittari mittaa tarkasteltavaa käsitettä (aikaisemmat tutkimukset). Kriteerivaliditeetilla tarkoitetaan sitä voidaanko samaa ilmiötä mitata toisella mittarilla. Huolellinen suunnittelu ja esitestaus vahvistavat validiteettia. (Kivenmäki 2011)

Mittarin reliabiliteettia voidaan myös arvioida. Mittarin pysyvyydellä tarkoitetaan sen kykyä tuottaa sama tulos eri mittauserroilla. Mittarin vastaavuudella tarkoitetaan sitä, että kaksi eri mittaajan saavat yhteneväisen mittaustuloksen. Mittarin sisäisellä johdonmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että mittarin eri osiot ovat sisäisesti yhteneväisiä. Mittarin testaus, vastaajien hyvä ohjeistus, kohteesta ja ympäristöstä johtuvien tekijöiden minimointi vahvistavat mittarin reliabiliteettia. (Kivenmäki 2011)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on huomioitava keitä tutkittiin, miten tutkittavat tavoitettiin, miten tutkittavat saatiin osallistumaan, miten otos rajattiin, miten tulokset syntyivät, tulosten käytännön hyöty/merkitys ja tulosten tilastollinen merkitsevyys. (Kivenmäki 2011)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi kyselyn vastausprosentti, joka oli 85 %. Suurella vastausprosentilla varmistetaan tulosten pätevyys ja luotettavuus. Tosin koko vastausjoukko oli suhteessa pieni. Näin ollen tulokset ovat päteviä tietysti vain tässä joukossa eivätkä ole yleistettävissä muihin yksiköihin. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuitenkin selvittää juuri tämän yksikön ammatillista osaamista ja lisäkoulutuksen tarvetta. Tulokset ovat siis kyseiselle yksikölle tarkoitettut ja hyödynnettävissä juuri tässä kohderyhmässä.

Kyselylomakkeen laadinta tapahtui tutkimuskysymysten ja teoreettisen viitekehyyksen pohjalta. Yksikön ylihoitajan kanssa käytiin keskustelemassa kyselylomakkeesta sen tekovaiheessa. Keskustelun pohjalta muokattiin kyselylomaketta selkeämmäksi tämän yksikön tarpeisiin. Osastonhoitajalle lähetettiin kysely myös etukäteen hyväksyttäväksi, koska opinnäytetyön aihe oli häneltä peräisin. Täten varmennettiin, että etsitään vastauksia oikeisiin kysymyksiin ja saadaan vastauksia joista on hyötyä yksikölle. Osastonhoitaja osallistui myös kyselyn vastaamiseen, koska hän on osa työryhmää yksikössä. Hänen osallistumisensa kyselyn tekoon ei koettu olevan este kyselyyn vastaamiseen.

Kyselyn vastaajat olivat keskenään tuttuja. Tulosten kuvaamisessa kiinnitettiin huomiota siihen, että ketään vastaajaa ei voida tunnistaa tulosten perusteella.

Kyselylomakkeet säilytettiin muilta ihmisiltä piilossa tekijän kotona. Analysoinnin jälkeen lomakkeet poltettiin.

12 POHDINTA

Tärkein lähtökohta opinnäytetyölleni oli aiheen kiinnostavuus, joka lisäsi motivoitumista paneutua siihen ja opinnäytetyön tulosten hyödyllisyys Tehostetun avohoidon yksikölle. Tulevaisuudessa olen kiinnostunut päästä työskentelemään psykiatrisen hoitotyön parissa.

Ensimmäisessä tutkimuskysymyksessä etsittiin vastausta kysymykseen, mitä mieltä henkilökunta on omasta osaamisestaan Tehostetun avohoidon yksikössä.

Vastaajat kokivat ammatillisen osaamisensa olevan hyvä. Linnainmaan (2006) mukaan hyvällä ammatillisella osaamisella tarkoitetaan sairaanhoitajan kykyä tukea potilasta kohtaamaan sairautensa ja sen aiheuttamat rajoitukset, analysoida niitä yhdessä potilaan kanssa sekä ohjata potilasta löytämään realistisia voimavaroja sairauden kanssa selviytymiseen. Hänen mukaansa juuri psykiatrisessa hoitotyössä hyvä ammatillinen osaaminen on edellytys. Kyselyn tulos siis tukee vahvasti tätä sanomaa.

Heikkouksina ammatillisessa osaamisessaan työssään työntekijät kokivat työn kiireellisyyden ja että aikaa kuluu paljon myös muuhun kuin potilastyöhön. Lampelan toimintasuunnitelmassa sanotaan olevan tärkeää, että potilaat saavat heti apua. (Lampela 2011) Opinnäytetyön teoriaosassa ei puhuta juurikaan työn kiireellisyydestä. Sairaanhoitajan tulee osata suunnata toimintansa oikeanlaisesti ja hallita oma työnkuvansa. Ammatillinen osaaminen on moninaista ja on tärkeää, että sairaanhoitaja tunnistaa oman osaamisensa. (Linnainmaa 2006)

Työntekijöiden kokema kiireellisyys voi tarkoittaa, että heillä on liikaa työtä ja energiaa kuluu liikaa työn organisointiin. Mahdollista on myös, että sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen ei ole riittävää ja hänellä kestää kauemmin esim. arvioida potilaan tilanne, joka luo kiireen tunteen. Tärkeää olisi selvittää, riittävätkö yksikön ja sairaanhoitajien resurssit nykyisten potilasmäärien hoitamiseen eli onko yksikössä liian paljon potilaita. Olisi aiheellista selvittää, että pitäisikö potilaita vähentää vai palkata lisää sairaanhoitajia yksikköön. Olisi hyvä selvittää onko sairaanhoitajille

varattu esim. riittävästi aikaa potilastapaamisen jälkeen kirjaamiseen vai tulee ko-
jon ”rästittöitä”.

Osaamista heikensi myös tiedon puute tietyistä sairauksista ja kokemattomuus tällai-
sista sairauksista kärsivien potilaiden hoidosta. Teoriaosassa sanotaan, että ammatil-
lista osaamista tulisi kehittää koko ajan ja se kehittyy myös itsestään. (Linnainmaa
2006) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä, asetus terveydenhuollon ammatti-
henkilöstä sekä sairaanhoitajan eettiset ohjeet ohjaavat sairaanhoitajan työtä sekä
velvoittavat sairaanhoitajia ylläpitämään ammattitaitoa. (L559/1994 & A564/1994)
Eli jos tietoa puuttuu sairauksista eikä täten löydy kokemusta hoitaa potilaita, tulisi
työntekijän pyytää työnantajalta mahdollisuutta lisäkouluttautua tai itse etsiä tietoa
kyseisestä sairaudesta, jotta potilaan hoito ei kärsi.

Vahvuuksina ammatillisessa osaamisessa nousi esille pitkä työkokemus, potilaiden
kohtaaminen, hyvä työyhteisö ja hyvä esimies. Myös Suikkala ym. (2004) mainitse-
vat, että osaamisen kannalta tärkeitä asioita ovat sairaanhoitajan valmiudet yhteis-
työhön, tiimityöskentelyyn, ajatteluun ja päätöksentekoon sekä potilaan tai asiakkaan
kohtaamiseen.

Hyvällä ammatillisella osaamisella työntekijät pystyvät tarjoamaan potilaille parem-
paa hoitoa ja tässä juuri pitkä työkokemus ja vahvuus potilaiden kohtaamisessa nou-
sivat esille. Hyvä ja kannustava työyhteisö parantavat työntekijän ammatillista osaa-
mistaa ja pienentävät kynnystä pyytää apua tarvittaessa. Työntekijät kokivat ammatil-
lisen osaamisen vahvuutena hyvän esimiehen, jonka rooli on tärkeä juuri lisäkoulut-
uksia harkitessa ja työn kehittämisessä.

Toisessa tutkimuskysymyksessä etsittiin vastausta kysymykseen, mitä lisäkoulutusta
henkilökunta mielestään tarvitsee. Sairaanhoitajat tarvitsevat laaja-alaista ammatillis-
ta osaamista ja heidän kehitettävä aktiivisesti ammatillista osaamistaan. (Oksanen
2012) Kyselyn vastauksista nousi esille, että suurin osa työntekijöistä on kokenut
tarvetta lisätä työhönsä liittyvää tietoa alle kolmen kuukauden sisällä eli hyvinkin
lyhyessä ajassa. Jatkuvasta osaamisen kehittämisestä mainitsee myös Linnainmaa
(2006) ja laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä velvoittaa työntekijöitä ylläpitä-
mään ammattitaitoaan eli kouluttautumaan säännöllisesti. (L559/1994 & A564/1994)

Työn vaativuudesta kertoo varmasti se, että työntekijät ovat tutustuneet työnsä vaativaan materiaaliin noin lyhyen ajan sisällä. Tästä herääkin kysymys, antaako työnantaja työntekijöille riittävästi resursseja valmistautua työhön yksikössä ja onko työ liian vaativaa. Se voi kertoa myös työn sisällön suuresta vaihtuvuudesta eri päivinä ja siitä, että potilaiden psyykkisessä voinnissa on suuri ero keskenään. Tulisi pohtia joudutaanko usein tilanteeseen, että potilaan on pitänyt olla tietyssä voinnissa yksiköön tullessa, mutta vointi onkin huomattavasti huonompi.

Vastauksista tuli myös selväksi, että kaikki haluavat lisäkoulutusta. Teoriaosassa sanotaan, että tiedoissa ja taidoissa ei pysy ajan tasalla, jos koko ajan ei perehdytä uusiin asioihin. Linnainmaa kirjoittaa, että psykiatria kehittyy koko ajan ja sairaanhoitajat ovat saaneetkin ammatillisia lisävalmiuksia erilaisista terapiakoulutuksista. (Linnainmaa 2006) Tärkeää olisi, että työnantaja tarjoaisi ja kertoisi työntekijöille koulutus mahdollisuuksista. Lisäkoulutus motivoi ja antaa työntekijälle enemmän keinoja auttaa potilaita sekä kasvattaa ammatillista osaamista, joka on sairaanhoitajan työn perusta. Työntekijöille olisi hyvä tiedottaa esimerkiksi vuoden alussa kuinka moneen koulutukseen on mahdollista osallistua vuoden aikana ja tiedottaa uusista koulutuksista. Tärkeää olisi, että kaikki saisivat osallistua koulutuksiin tasapuolisesti.

Viimeisessä tutkimuskysymyksessä kysyttiin henkilökunnalta miten he haluaisivat kehittää hoitotyötä Tehostetun avohoidon yksikössä. Tiivistetysti 14a-kohdassa nousi esille, että potilaan tulee päästä nopeasti lääkärille ja yksikössä tulisi olla selkeät tehtävänkuvat ja työnjaot. 14b-kohdassa toivottiin tiivistettynä selkeää hoitosuunnitelmaa potilaille yksikköön. Linnainmaa (2006) mainitsee, että psykiatrisen sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu olennaisesti tieto siitä, mistä psykiatrinen hoitoprosessi koostuu. 14c-kohdassa toivottiin riittävää aikaa potilastapaamisiin ja selkeyttä potilaan hoitoon. Linnainmaan (2006) mukaan olennaisinta psykiatrisen hoitotyön tekemisessä on oman työkuvasa hallitseminen ja oman toimintansa oikeanlainen suuntaaminen. Se auttaa selkeyttämään myös potilaan hoitoprosessia. 14d-kohdassa toivottiin enemmän yhteistyötä jatkohoitopaikkojen kanssa ja selkeämpää suunnitelmaa potilaan kotiuttamisen ajankohdasta.

Tästä nousee selkeästi esille se, että yksikön työntekijät kaipaisivat selkeämpää toimintasuunnitelmaa. Yksikössä on toimintasuunnitelma, mutta se selkeästi kaippa pa-

rannusta tai ainakin sen läpi käymistä työntekijöiden kanssa. Voisi olla hyödyllistä pitää yhteinen koulutuspäivä, jossa mietitään miten yksikön työstä saadaan selkeämpää niin työntekijöille kuin potilaille. Huomiota tulisi ehkä kiinnittää myös potilasmääriin, eli kuinka monta potilasta sairaanhoitaja voi ottaa vastaan työvuoron aikana. Tärkeää olisi myös saada osastonlääkäri mukaan keskusteluun, jotta toimintaa voitaisiin myös hänen osaltaan kehittää. Tämä siksi, että vastauksista nousi esille lääkärille pääsyn ongelma ja tämä tulisi saattaa lääkärin ja myös johdon tietoisuuteen. Tulisi miettiä onko yksikössä riittävästi lääkäreitä verrattuna potilasmääriin. Olennaista on taata potilaan hyvä ja asianmukainen hoito.

Yksiköstä löytyy vahvaa osaamista, mutta jatkuva kouluttautuminen on edellytyksenä ammatillisen osaamisen vahvistumiselle. Toimiva idea voisi olla säännölliset koulutustuokiot ja/tai osallistuminen erilaisiin jatko-opintoihin.

Tutkimuksen tuloksia ei voida tällaisenaan yleistää, sillä kohdejoukkona toimi yhden yksikön henkilökunta. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää organisaatiossa osaamisen ja osaamisen varmistamiseen liittyvässä kehittämisessä sekä täydennyskoulutustarpeen arvioinnissa. Myöhemmin olisi mielenkiintoista tietää, miten opinäytetyö hyödytti yksikköä.

Jatkotutkimusideana olisi tehdä vastaava selvitys parin kolmen vuoden kuluttua. Kiinnostavaa olisi myös tehdä selvitys potilaiden kokemuksista. Myös potilaiden omaisten kokemuksista olisi tärkeää saada tietoa.

LÄHTEET

A 564/1994. Asetus terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Viitattu 11.11.2012 <http://www.finlex.fi/lainsaadanto/saadokset/alkuperaisin/1994>.

Barlow, D.H. 2008. CLINICAL HANDBOOK of PSYCHOLOGICAL DISORDERS. A Step-by-Step Treatment Manual. Fourth Edition. The Guilford Press. New York. London.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uud. p. Helsinki: Edita.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2009. Mieli ja terveys. Helsinki: Edita Prima

Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2010. Käytännön mielenterveystyö. Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. p. Helsinki: Tammi

Kananen, J. 2008. Kvantti. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89.

Kivenmäki, R. 2011. Tutkimuksen luotettavuus. Hoitotyön tutkimus ja kehittämisopinnot I. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Luento 28.11.2011

Knaapi, H., Korkea-Aho, J. & Saarilehto M. 2012. ”Tää työ on oma juttu”. Sairaanhoidajaopiskelijoiden mielikuvia ja käsityksiä sairaanhoitajan työstä. AMK-opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys hoitotyö. WSOY. Helsinki.

Kuusimäki, M. 2011. Ammatillinen osaaminen mielenterveystyössä. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Käypä hoito-suositus 2010a. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Depressio.

Käypä hoito-suositus 2013b. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Kaksisuuntainen mielialahäiriö.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559. Viitattu 11.11.2012 <http://www.finlex.fi/lainsaadanto/ajantasainen/lainsaadanto/1994>.

Lampela, M. 2011. Toimintasuunnitelma. Tehostetun avohoidon yksikkö. . Päivitetty 22.5.2012

Lehtinen, K., Kuronen, M. & Alanen, H-M. 2010. Psykiatrian tulevaisuus – hanke. Väliraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukomaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. Porvoo. WSOY

Lindroos, S. 2012 Ylilääkäri ja psykoterapeutti. Psykoedukaatio – työkalu päivittäiseen käyttöön vastaanotolla. Luento 31.1.2012. ADHES työpaja III.

Linnainmaa, P. 2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielenterveysshoitotyön syventävissä opinnoissa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Viitattu 26.8.2012.
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01135.pdf>

Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. 2011. Psykiatria. Duodecim. Helsinki.

Meretoja, R. 2003. Nurse competence scale. Väitöskirja. Turun yliopisto. Annales Universitatis Turkuensis D 578, Helsinki: Yliopistopaino.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Edita. Viitattu 6.9.2012. FINLEX
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Mäkinen, P., Raatikainen, E., Rahikka, A., Saarnio, T. 2009. Ammattina sosionomi. Helsinki: WSOY Pro Oy

Oksanen, E. 2012. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus – Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen. AMK-opinnäytetyö. Kymenlaakson ammattikorkeakoulu.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006: 24. Viitattu 11.11.2012
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Parkkinen, L 2012a. Psykologi ja psykoterapeutti. Kroonisen sairauden kanssa selviäminen. Psykoterapian koulutusohjelma. Luento 20.1.2012.

Parkkinen, L 2012b. Psykologi ja psykoterapeutti. Psykologiset hoitomenetelmät osana kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoa. Psykoterapian koulutusohjelma. Luento 9.3.2012

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Pro Gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto.

Sairaanhoitajaliiton www-sivut 2012. Viitattu 7.9.2012. www.sairaanhoitajaliitto.fi

Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut 2009b. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009. STM:n selvityksiä 2009:3.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7175.pdf

Suikkala, A., Miettinen, M., Holopainen, A., Montin, L. & Laaksonen, K. 2004. Sairaanhoitajan kliininen urakehitys. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Sipoo.

Sydänmaanlakka, P. 2004. Älykäs johtajuus. Talentum. Helsinki.

Tilastokeskuksen www-sivut 2006. Päivitetty 8.2.2006 . Viitattu 13.11.2012.
<http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/index.html>

Toivio, T. & Nordling, E. 2009. Mielenterveyden psykologia. Helsinki. Edita.

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lastenhoitotyössä. Väitös-kirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 156. Kuopion yliopisto.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.

LIITE 1

Sairaanhoitajan ammatillisen osaamisen muodostuminen

(Opetusministeriö 2006)

1. Eettinen toiminta

Sairaanhoitajan toimintaa ohjaavat ihmisoikeudet, sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja hoitotyön eettiset ohjeet.

2. Terveiden edistäminen

Sairaanhoitajan toiminta perustuu terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja ylläpitämiseen.

3. Hoitotyön päätöksen teko

Sairaanhoitaja toteuttaa itsenäisenä hoitotyön asiantuntijana näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja käyttää hoitoa koskevassa päätöksenteossa tutkimustietoon perustuvia hoitosuosituksia sekä muuta parasta, saatavilla olevaa ajantasaista tietoa. Hoitotyön päätöksenteko edellyttää kriittistä ajattelua sekä ongelmanratkaisu- ja dokumentointitaitoja.

4. Ohjaus ja opetus

Sairaanhoitajan tehtävänä on tukea potilaan omaa terveystietämistä, omaa terveysongelman hallintaa ja hoitoon sitoutumista. Sairaanhoitajalta edellytetään hoitotyön suunnitelman mukaista potilaan ja hänen läheistensä ohjausta sekä sähköisen potilasohjauksen tuntemusta. Sairaanhoitajan työ sisältää henkilöstön ja opiskelijoiden ohjauksen ja opetuksen.

5. Yhteistyö

Sairaanhoitajan työ edellyttää yhteistyötä potilaan/asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Sairaanhoitaja toimii yhteistyössä kollegoiden ja moniammatillisten tiimien kanssa.

6. Tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen

Sairaanhoitaja kehittää tutkimus- ja muuhun näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Sairaanhoitajan tehtävänä on hoidon koordinointi ja hoitotyön tiimin johtaminen. Sairaanhoitaja vastaa hoitotyön laadusta ja kehittämisestä.

7. Monikulttuurinen hoitotyö

Sairaanhoitaja tuntee kulttuurin merkityksen terveyden edistämisessä ja hoitotyössä. Hän osaa toimia oman alansa kansainvälisissä tehtävissä ja monikulttuurisissa työyhteisöissä.

8. Yhteiskunnallinen toiminta

Sairaanhoitajan työssä korostuvat väestön terveystarpeisiin, potilaan oikeuksiin, terveyspalvelujärjestelmän rakenteisiin ja toimintatapoihin sekä työelämän muutoksiin liittyvät haasteet hoitotyölle. Sairaanhoitaja markkinoi hoitotyön asiantuntijuutta sekä toimii vastuullisesti ja tuloksellisesti.

9. Kliininen hoitotyö

Sairaanhoitajan kliinisen hoitotyön osaaminen perustuu vahvaan teoreettiseen osaamiseen, joka kattaa ajantasaisen hoitotieteellisen tiedon, hoitotyössä tarvittavan anatomian, fysiologian, patofysiologian ja lääketieteen keskeisten erikoisalojen, farmakologian, ravitsemustieteen sekä yhteiskunta- ja käyttäytymistieteiden alan tiedon. Näyttöön perustuva hoitotyö edellyttää ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja, potilaan kokonaishoidon ja hoitotyön auttamismenetelmien hallintaa sekä lääkehoidon virheetöntä toteuttamista.

10. Lääkehoito

Lääkehoidon koulutus toteutetaan sosiaali- ja terveysministeriön antamien voimassa olevien ohjeiden edellyttämällä tavalla. Sairaanhoitajan tulee ymmärtää lääkehoidon prosessi ja lääkehoidon merkitys osana hoidon kokonaisuutta. Lääkehoidon toteuttaminen edellyttää juridiseettisen, farmakologisen, fysiologisen, patofysiologisen ja lääkelaskentaan liittyvän tietoperustan hallintaa. Lisäksi vaaditaan hoidollisiin vaikutuksiin, lääkkeiden käsittelyyn, toimittamiseen, hankintaan, säilyttämiseen ja hävittämiseen liittyvien asioiden hallintaa.

Työelämässä tapahtuvan harjoittelun aikana opiskelijat harjoittelevat opiskeluvaiheensa oppimistavoitteiden mukaista lääkehoitoa harjoitteluyksikön ohjaajan vastuulla ja ohjaajan välittömässä ohjauksessa ja valvonnassa. Opiskelijoiden tulee harjoitella vaativan lääkehoidon kuten suonensisäisen neste- ja lääkehoidon toteuttamista, suonensisäisen kanyylin asettamista, verensiirtojen toteuttamista sekä niihin liittyviä valmistavia toimenpiteitä harjoitteluyksikön ohjaajan välittömässä ohjauksessa ja valvonnassa. Sairaanhoitajakoulutuksesta vastaavan ammattikorkeakoulun on varmistettava ennen ohjatun harjoittelun alkamista opiskelijan lääkehoidon tiedot ja taidot sekä lääkelaskennan moitteeton hallinta. Opiskelijoiden tulee harjoitteluyksikön pyytäessä osoittaa lääkehoidon opintojensa laajuus sekä suoriutuminen opinnoista ja lääkelaskennasta. Koulutuksen järjestäjien ja harjoitteluyksiköiden solmimissa, ammattitaitoa edistävää harjoittelua koskevissa harjoittelusopimuksissa otetaan huomioon opiskelijoilta lääkehoidossa vaadittava osaamisen taso, lääkehoitoon osallistuminen ja lääkehoitoa koskevat oppimistavoitteet.

LIITE 2

Hyvä vastaaja!

Olen kolmannen vuoden hoitotyön opiskelija Satakunnan ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyöni osana kyselyn, jonka tarkoituksena on selvittää Tehostetun avohoidon yksikön henkilöstön ammatillista osaamista ja mahdollista lisäkoulutuksen tarvetta. Opinnäytetyön tavoitteena on, että henkilöstön ammatillinen osaaminen yksikössä vahvistuu ja henkilökunta osaa vastata paremmin potilaiden tarpeisiin.

Pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan ohessa olevaan kyselylomakkeeseen. Osallistuminen on vapaaehtoista, mutta toivoisin kaikkien vastaavan. Kysely on täysin luotamuksellinen eikä henkilöllisyytenne tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Opinnäytetyön valmistuttua tulen hävittämään kyselylomakkeet.

Palauttakaa täyttämäanne kyselylomake oheisessa vastauskuoressa palautelaatikkoon. Olen saanut opinnäytetyölleni asianmukaiset tutkimusluvut Satakunnan sairaanhoitopiirin hoitotyön kehittämisryhmältä 9.1.2013. Psykiatrian toimialueen, aikuispsykiatrian vastuualueen ylihoitaja on myöntänyt luvan 14.1.2013. Opinnäytetyö valmistuu vuoden 2013 aikana.

Jos kyselyyn liittyy kysymyksiä, voi minuun ottaa yhteyttä sähköpostitse eveliina.heikkonen@student.samk.fi tai puhelimitse 040-5617197.

Ystävällisin terveisin

Eveliina Heikkonen

I Ammatillinen osaaminen

Olkaa hyvä ja rastittakaa itsellenne sopivin vaihtoehto

1. Osaan mielestäni päivittäiset työtehtäväni
 - ☐ täysin samaa mieltä
 - ☐ samaa mieltä
 - ☐ en osaa sanoa
 - ☐ eri mieltä
 - ☐ täysin eri mieltä

2. Osaan mielestäni arvioida potilaan hoidon tarvetta tämän tullessa hoitoon päivystyksellisesti
 - ☐ täysin samaa mieltä
 - ☐ samaa mieltä
 - ☐ en osaa sanoa
 - ☐ eri mieltä
 - ☐ täysin eri mieltä

3. Osaan mielestäni tukea potilaan selviytymistä (kuunteleminen, ohjaaminen, sosiaalisten tilanteiden huomioiminen hoidossa, jatkohoidon järjestäminen)
 - ☐ täysin samaa mieltä
 - ☐ samaa mieltä
 - ☐ en osaa sanoa
 - ☐ eri mieltä
 - ☐ täysin eri mieltä

4. Osaan mielestäni arvioida potilaan akuutin avun tarpeen ja aloittaa hoitoprosessin
 - ☐ täysin samaa mieltä
 - ☐ samaa mieltä
 - ☐ en osaa sanoa
 - ☐ eri mieltä
 - ☐ täysin eri mieltä
5. Osaan mielestäni tehdä potilaalle hoitotyön suunnitelman
 - ☐ täysin samaa mieltä
 - ☐ samaa mieltä
 - ☐ en osaa sanoa
 - ☐ eri mieltä
 - ☐ täysin eri mieltä
6. Osaan mielestäni suunnitella ja toteuttaa potilaan tarpeenmukaisen jatkohoidon
 - ☐ täysin samaa mieltä
 - ☐ samaa mieltä
 - ☐ en osaa sanoa
 - ☐ eri mieltä
 - ☐ täysin eri mieltä

Olkaa hyvä ja vastatkaa sanallisesti alla olevaan kysymykseen.

7. Millaisia heikkouksia ja vahvuuksia koette Teillä olevan omassa osaamissanne työssänne?

II Koulutustarve

Olkaa hyvä ja rastittakaa itsellenne sopivin vaihtoehto

8. Olen kokenut tarvetta tutustua työhöni liittyvään kirjalliseen materiaaliin viimeksi
 - ☐ viimeisen 3kk sisällä
 - ☐ yli 3kk, mutta alle 6kk sitten
 - ☐ yli 6kk, mutta alle vuosi sitten
 - ☐ yli vuosi, mutta alle 5 vuotta sitten
 - ☐ yli 5 vuotta sitten

9. Hallitsen työni vaatimat perustiedot ja -taidot
 - ☐ täysin samaa mieltä
 - ☐ samaa mieltä
 - ☐ en osaa sanoa
 - ☐ eri mieltä
 - ☐ täysin eri mieltä

10. Olen lisännyt tietojani ja taitojani työni ohella
 - ☐ täysin samaa mieltä
 - ☐ samaa mieltä
 - ☐ en osaa sanoa
 - ☐ eri mieltä
 - ☐ täysin eri mieltä

Olkaa hyvä ja rastittakaa mielestänne sopivin vaihtoehto jokaiseen väittämään.

11. Mielestäni olisi hyvä, jos työpaikkani järjestäisi lisäkoulutusta liittyen:

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	en osaa sanoa	eri mieltä	täysin eri mieltä
psykoterapeuttiset hoitomenetelmät (kognitiivinen psykoterapia, psykoedukaatio, interpersoonallinen terapia, perheterapia)					
hoidollinen vuorovaikutus					
potilaan kohtaaminen					
omaisten kohtaaminen					
mielenterveystyöndiagnoosit					

vastatkaa sanallisesti:

muuta, mitä?

Olkaa hyvä ja rastittakaa itsellenne sopivin vaihtoehto

12. Haluan lisäkoulutusta, vaikka hallitsen mielestäni työni riittävän hyvin Tehostetun avohoidon yksikössä

- ☐ täysin samaa mieltä
- ☐ samaa mieltä
- ☐ en osaa sanoa
- ☐ eri mieltä
- ☐ täysin eri mieltä

13. En halua lisäkoulutusta, koska hallitsen työni Tehostetun avohoidon yksikössä riittävän hyvin

- ☐ täysin samaa mieltä
- ☐ samaa mieltä
- ☐ en osaa sanoa
- ☐ eri mieltä
- ☐ täysin eri mieltä

III Hoitotyön kehittäminen

Vastatkaa sanallisesti alla oleviin kysymyksiin.

14. Miten haluaisitte kehittää hoitotyötä Tehostetun avohoidon yksikössä?

- a. potilaan kohtaamisessa tulovaiheessa

- b. potilaan hoitosuunnitelman laatimisessa

- c. potilaan hoidossa

- d. potilaan kotiuttamisessa ja jatkohoidon järjestämisessä

Kiitos arvokkaista vastauksistanne!



Hakija/ Hakijat	Nimi/nimet Eveliina Heikkonen Yhteys henkilön puh:040-5617197 Osoite: Maamiehenkatu 15 Postino:28500 Postitoimipakka:Pori Email: eveliina.heikkonen@student.samk.fi	Opiskelu- tai työpaikka Satakunnan ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, Pori Virka/toimi (ei koske opiskelijoita) Opinnäytetyö/tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> ylempi AMK <input type="checkbox"/> pro gradu tutkielma <input type="checkbox"/> lisensiaatin tutkielma <input type="checkbox"/> väitöskirjatutkimus <input type="checkbox"/> muu	
Kuvaus	TUTKIMUKSEN / OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. nimi, kohderyhmä, menetelmät, aineisto) LIITTEET, opinnäytetyösuunnitelma (ks. erill.ohje) Henkilökunnan kokemukset ammattitaidostaan Tehostetun avohoidon yksikössä. Tehdään kysely Tehostetussa avohoidossa työskenteleville sairaanhoitajille. Liitteenä opinnäytetyösuunnitelma.		
Aiheen valinta	Opinnäytetyöstä on keskusteltu sairaanhoidopiirin edustajan kanssa ja olen saanut periaatteellisen hyväksynnän opinnäytetyön valmistelun käynnistämiseksi. <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä, kenen kanssa: Tehostetun avohoidon yksikön osastonhoitaja Marko Lampela <input type="checkbox"/> Ei		
Oppilaitoksen ohjaaja(t) ja yhteystiedot e-mail puh.	Päiväys 16.11.2012 Tiina Mikkonen-Ojala Allekirjoitus ja nimenselvennys E-mail: tiina.mikkonen-ojala@samk.fi Puh: 044-710 3422	Päiväys _____._____._____ Allekirjoitus ja nimenselvennys E-mail: Puh:	
Opiskelijan/ tutkijan sitoumus	Sitoudun noudattamaan sairaanhoidopiirin ohjeistusta salassapitovelvollisuudesta ja hyvää tutkimuskäytäntöä. Sitoudun toimittamaan opinnäytetyön/tutkimuksen tuloksista raportin sairaanhoidopiiriin joko sähköisesti tai paperiversiona. Päiväys: 18. 11. 2012 Allekirjoitus ja nimenselvennys Eveliina Heikkonen		Päiväys: _____._____._____ Allekirjoitus ja nimenselvennys



Hoitotyön kehittämisy- hmän lausunto	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Lupaa ei puolleta, perustelut liitteessä <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: <i>Hoitotyön kehittämisyhmän puolesta</i> <i>9.1.2013 Kristina Puolake</i> Päiväys: Allekirjoitus ja nimenselvennys <i>KRISTINA PUOLAKE</i>
Eettinen toimikunta	<input type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____. <input checked="" type="checkbox"/> Eettisen toimikunnan lausuntoa ei tarvita.
Tutkimus- luvan myöntäminen	Sairaanhoidopiirin toimialueen / yksikön tutkimus- tai kehittämishanke, johon opinnäytetyö / tutkimus liittyy (luvan myöntäjä täyttää): <i>Työp. toimialue, aikuispsykiatrian vastuualue.</i> <i>TAY yritys</i> <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetä, perustelut:
Ylihoitaja(t) Palvelupäälli- kö(t)	Päiväys: <i>14.1.2013</i> <i>Paula Ranne</i> Ylihoitaja Allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Paula Ranne</i> Päiväys: _____. Allekirjoitus ja nimenselvennys
Ylilääkäri(t)	Päiväys: _____. Allekirjoitus ja nimenselvennys Päiväys: _____. Allekirjoitus ja nimenselvennys